LA MÉLANCOLIE

PAR

J. ROUBINOVITCH
Chef de clinique à la Faculté de Paris
Lauréat de l'Académie et de la Faculté de médecine

ÉDOUARD TOULOUSE
Médecin de l'asile de Villejuif
Lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine

Ouvrage couronné par l'Académie de médecine
(Prix Lefèvre, 1896)

AVEC FIGURES ET TRACÉS DANS LE TEXTE

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1897

PRÉFACE

Ce livre est tiré d'un mémoire qui a eu le prix Lefèvre à l'Académie de médecine. C'est, pensons-nous, le dernier qu'on ait écrit sur la mélancolie. Nous avons essayé de le rendre nouveau autrement que par la date. On y trouvera la critique de la théorie de Lange-James, qui donnent aux conditions physiques des émotions la première place, antérieure même aux faits de conscience. On y trouvera aussi, dans l'étude des symptômes physiques des états mélancoliques, des graphiques et d'autres données expérimentales qui marqueront, espérons-le, un certain progrès dans les monographies des psychoses. Enfin on lira peut-être avec plaisir un substantiel chapitre de thérapeutique, où la plupart des médications, sans excepter le traitement moral,

sont analysées. Nous avons donc voulu faire une œuvre de théorie et de bibliographie en même temps qu'un livre utile aux praticiens.

La plupart des observations utilisées dans ce mémoire ont été prises à Sainte-Anne, dans le service de notre maître, M. le Pr Joffroy, que nous prions de vouloir bien agréer l'expression de notre sincère reconnaissance.

J. Roubinovitch. Ed. Toulouse.

LA MÉLANCOLIE

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Sous l'influence des théories médicales en faveur aux diverses époques, l'étude de la mélancolie a passé par plusieurs phases qu'il est nécessaire de résumer. Son histoire comprend les quatre périodes suivantes : celle des médecins grecs et latins jusqu'à la Décadence, celle du Moyen Age, celle des temps modernes depuis la Renaissance jusqu'à la Révolution et enfin la période contemporaine.

Les médecins de l'époque hippocratique, guidés par leurs théories humorales, attribuaient à la noirceur de la bile (Μέλας, noir ; χολή, bile) une influence des plus malfaisantes sur les fonctions intellectuelles. Elle donnait, suivant eux, un délire agité, tandis que la pituite, tout aussi dangereuse pour l'esprit, donnait au contraire un délire paisible.

L'excitation permanente était donc — et il faut bien retenir ceci — le caractère dominant, essentiel de la mélancolie, telle que la comprenaient les Anciens. On en trouve une preuve évidente dans le *Traité de la maladie sacrée* d'Hippocrate. Il établit entre l'épilepsie et la mélancolie une sorte de parallèle basé sur cette idée que l'une et l'autre, étant constituées par de l'agitation, sont déterminées par l'action de la bile noire, laquelle se répandrait par tout le corps dans l'épilepsie et infecterait seulement l'intelligence dans la mélancolie [1].

D'après l'école hippocratique, les idées de tristesse, de crainte, d'anxiété n'étaient donc nullement nécessaires pour caractériser la mélancolie ; elle pouvait même aller jusqu'à la gaieté la plus exubérante sans perdre son nom. Les théories du médecin grec devaient avoir une si durable influence que, au commencement du XVIIIe siècle, des aliénistes admettaient encore que la mélancolie était parfois une folie gaie. La *melancholia moria* de Sauvages en est une preuve typique [2].

Ce qui semble ressortir de l'étude des livres

1. Voici comment Hippocrate s'exprime : « Les mélancoliques deviennent d'ordinaire épileptiques, et les épileptiques mélancoliques ; de ces deux états, ce qui détermine l'un de préférence, c'est la direction que prend la bile noire : si elle se porte sur le corps, c'est l'épilepsie qui survient ; si elle atteint l'intelligence, c'est la mélancolie. » (Hippocrate, *Œuvres complètes*, édit. Littré, 1860, t. V, p. 355.)

2. Sauvages (1706-1767), *Nosologie méthodique*, 1750, p. 359.

anciens, c'est qu'on attachait au mot « mélancolie » l'idée d'un délire limité à un petit nombre de conceptions morbides, c'est-à-dire d'un délire partiel. Cela résulte notamment de la définition donnée à la mélancolie par Arétée : « animi angor in una cogitatione defixus absque febre » (angoisse psychique sans fièvre portant sur une seule idée)[1]. A ces notions vagues de pathogénie et de clinique se réduit l'histoire de la mélancolie dans l'antiquité.

Il faut arriver à la fin du moyen âge, au xv[e] siècle, pour entendre de nouveau parler de la folie et de ses différentes variétés. Mais les traditions religieuses, les croyances de l'époque influent beaucoup sur la pathologie mentale et plus encore que sur les autres parties de la science médicale. Aux yeux des médecins les plus sérieux de ce temps, la folie et toutes ses manifestations, qu'aucune cause naturelle ne peut expliquer, deviennent non pas des maladies, mais l'effet d'une force surnaturelle, diabolique ou divine — plus souvent diabolique, qui s'empare de la créature humaine. C'est que les observateurs de cette époque jugeaient la folie sur des légendes léguées par la mythologie ou par l'Ancien Testament. Les récits, tirés de ces deux sources dont le charme poétique l'emporte de beaucoup sur la vérité de l'observation, étaient les documents qui servaient aux aliénistes d'alors pour porter un dia-

1. Arétée (81 ap. J.-C.), *De causis et signis diuturnorum morborum*, édit. Kühn, Leipzig, 1828, p. 74.

gnostic, absolument comme aujourd'hui les expériences de Claude Bernard ou de Pasteur nous servent à étayer une opinion médicale.

Aussi doit-on admirer ceux qui, ainsi que Nider, eurent le pressentiment d'une révolution imminente et qui osèrent déclarer que les lycanthropes, les démonolâtres, les possédés, tous ces malheureux qu'on brûlait par centaines, étaient des malades [1]. Cette faible protestation est reprise plus tard par Alciat, Leloyer, Montaigne [2]; et, à partir du XVIe siècle, on commence à devenir un peu plus sceptique à l'endroit des aliénistes-démonologues. A ce point de vue, le XVIe et le XVIIe siècles sont une époque de transition où l'on voit, timidement d'abord, puis plus ouvertement, réapparaître les théories humorales d'Hippocrate sur la folie. Mêlées aux opinions jusque-là reçues sur les interventions surnaturelles, ces théories font parfois un étonnant amalgame. Le plus bel exemple de ce mélange des doctrines mystiques et humorales est offert par l'illustre médecin de Bâle, Félix Plater [3]. Il comprenait la mélancolie comme Arétée; son recueil d'observations remarquablement prises indique une expérience consommée de la médecine mentale; nous croyons même que, comme

1. In Calmeil, *De la folie considérée au point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire,* etc., 1845, t. I, p. 191.
2. Montaigne, *Essais*, 1725, t. III, p. 283.
3. F. Plateri (1536-1614), *In mentis alienatione observationes*, 1641, p. 49.

description clinique de la mélancolie, on n'a rien fait d'approchant avant lui. Néanmoins, et tout en parlant le langage humoral des temps anciens, il explique la mélancolie par l'influence d'un esprit déchu, et, à côté des saignées et des purgatifs, il conseille les exorcismes.

Un ouvrage qui est aussi très intéressant est celui de Willis[1]. Sous le nom de mélancolie il décrit tous les délires autres que la manie, ce qui vient à l'appui de ce que nous avons dit à propos de la confusion qui a toujours existé au sujet de la signification de ce terme nosologique. Mais tandis que dans la pensée des médecins anciens la mélancolie était un délire partiel, pour Willis il existe deux espèces de cette forme morbide : dans l'une le délire porte sur un seul objet — c'est la *melancholia specialis* ; dans l'autre, sur plusieurs objets à la fois — c'est la *melancholia universalis*. Au point de vue des causes de la mélancolie, Willis n'est pas plus explicite que Plater. Les esprits animaux, leur effervescence plus ou moins forte dans l'organisme humain, l'intervention du diable, voilà la pathogénie; il est vrai qu'à côté de ces facteurs obscurs il mentionne l'influence de l'hérédité et des causes morales, ce qui, vu l'époque où cela a été dit, était hardi et nouveau.

Le volumineux document[2] que nous a laissé Théo-

1. Willis (1622-1675), *Opera omnia*, 1681.
2. Th. Bonet, *Sepulchretum, sive anatomia practica*, 3 vol. in-folio, 1700.

phile Bonet contient des aperçus anatomo-pathologiques relatifs à la mélancolie; cet auteur constate notamment que l'appareil gastro-intestinal présente souvent dans cette affection mentale des altérations considérables; la mélancolie aurait ainsi une origine réflexe. Bonet remet là en honneur la théorie des folies sympathiques ébauchées déjà vers le XIe siècle par l'école arabiste.

Au XVIIIe siècle, des notions très remarquables, quoique données sous une forme un peu trop concise et aphoristique, sont apportées sur la mélancolie par Boerhaave [1]. La définition de cet auteur ne diffère pas beaucoup de celle d'Arétée. On appelle mélancolie, dit-il, une maladie dans laquelle l'individu délire d'une façon continue et tenace sur une idée qui est presque toujours la même. La symptomatologie physique de cette affection est décrite avec la précision d'une observation moderne : respiration lente, pouls lent, circulation sanguine des grands vaisseaux (circulation centrale?) facile, circulation collatérale (circulation périphérique?) moins bonne, extrémités froides, diminution des sécrétions et des excrétions, anorexie, amaigrissement.

La pathogénie seule est bien de l'époque; elle est fondée sur les méfaits de l'atrabile sur le sang. Ce dernier serait composé de parties solides et de

1. In G. Van Swieten, *Commentaria in Hermani Boerhaave Aphorismos de cognoscendis et curandis morbis*, t. III, § 1089-1127.

parties fluides. Les éléments fluides étant plus mobiles s'évaporeraient et se dissiperaient ; alors le sang deviendrait noir, terreux, épais, atrabilieux, c'est-à-dire un véritable suc mélancolique qui se répandrait dans l'organisme tout entier. Et voilà pourquoi l'homme est mélancolique.

La description de la mélancolie donnée par Boerhaave est reprise par Sauvages [1], qui établit une nouvelle variété clinique caractérisée par un certain degré de stupeur : c'est la *melancholia attonita*. L'auteur ne s'inquiète pas de pathogénie; nosologiste avant tout, il est principalement préoccupé des modalités symptomatiques de la folie. Nous avons vu d'ailleurs plus haut qu'il admettait une variété de mélancoliques gais et heureux.

Pour Lorry [2], un autre aliéniste de la seconde moitié du XVIIIe siècle qui a publié un gros ouvrage sur *la Mélancolie et les maladies mélancoliques*, cette affection mentale est la conséquence d'un tempérament spécial, d'une impressionnabilité nerveuse congénitale. On naît mélancolique, on ne le devient pas, telle est l'idée générale de Lorry. Il donne de cette disposition originelle à la mélancolie une explication toute physiologique; il invoque notamment un vice de conformation du système nerveux ou un défaut dans la composition du sang. D'après

1. Sauvages, *Nosologie méthodique*, 1750, p. 369.
2. Lorry (A. C.), (1725-1777), *De melancholia et morbis melancholicis*, 1765, 2 vol. in 18.

lui une modification dans la structure d'une fibre nerveuse amènerait nécessairement un changement dans son mode de vibration qui pourrait devenir moins facile ou moins rapide. La mélancolie en définitive résulte de la présence, dans le sang, des humeurs impures, de l'atrabile des anciens.

Pinel [1] se contente de donner quelques observations de mélancoliques, mais sans présenter une doctrine nouvelle. « Les aliénés de cette espèce (mélancolie), dit-il, sont quelquefois dominés par une idée exclusive qu'ils rappellent sans cesse dans leurs propos, qui semble absorber toutes leurs facultés ; d'autres fois ils restent renfermés dans un silence obstiné de plusieurs années, sans laisser pénétrer le secret de leurs pensées ; certains ne laissent entrevoir aucun air sombre et semblent doués du jugement le plus sain, lorsqu'une circonstance imprévue fait éclater soudain leur délire. » Ainsi donc pour Pinel la mélancolie est un délire partiel, le plus souvent triste. On reconnaît dans les cas qu'il cite des mélancoliques proprement dits, des persécutés, des mégalomanes. Il s'attache aussi à montrer que la mélancolie peut présenter deux formes opposées : « c'est quelquefois une bouffissure d'orgueil, et l'idée chimérique de posséder des richesses immenses ou un pouvoir sans bornes ; c'est d'autres fois l'abattement le plus pusillanime,

1. Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 1809, p. 163 et suiv.

une consternation profonde, ou même le désespoir. »

Passons maintenant aux idées d'Esquirol sur la mélancolie[1]. Il s'attaque d'abord au terme de mélancolie, qui lui semble dépourvu de toute précision scientifique. D'après lui, le mieux serait de laisser ce mot aux poètes et aux philosophes. Ce terme avait à ses yeux deux défauts : le premier de correspondre à une théorie humorale erronée, le second d'avoir dans le langage vulgaire un tout autre sens que celui qu'on lui donne en pathologie mentale. Car le signe fondamental de la mélancolie des auteurs anciens, d'Arétée par exemple, était que le délire portait sur une seule conception ou sur un nombre très limité de conceptions; la mélancolie était donc avant tout un délire partiel, mais pas forcément de nature triste. Aussi, à ce terme entendu à la manière des anciens, Esquirol substitua celui de *monomanie* (Μονός, seul, Μανία, folie), qui indiquait parfaitement le caractère fondamental de ces délires partiels ne portant que sur un objet. Il réserva aux conceptions délirantes à fond de tristesse la dénomination de lypémanie. De sorte que pour Esquirol les délires partiels ou monomanies se divisaient en *monomanie proprement dite*, ayant pour symptôme dominant un élément gai, et en *lypémanie* (λύπη, chagrin), caractérisée par une pas-

1. Esquirol, *Des maladies mentales*, 1838, t. I, p. 398 et suiv.

sion triste et déprimante. Nous n'avons pas à discuter dans cette revue rapide la classification d'Esquirol. Ce qui nous importe avant tout c'est de déterminer comment il entendait au point de vue clinique et pathogénique ce qu'il a appelé la lypémanie.

Pour Esquirol, la lypémanie est une forme de délire partiel [1] qui s'accompagne de dépression et de tristesse. Elle constitue une modalité complètement opposée à la manie, dans laquelle le délire est général, s'étend sur toutes sortes d'objets et s'accompagne d'excitation. Ainsi comprise, la lypémanie portait tantôt sur une idée hypocondriaque, tantôt sur une idée de persécution, tantôt sur une idée de suicide. Cela constituait, avec la stupeur, autant de variétés.

Dans son étude des causes de la lypémanie, Esquirol insiste sur le rôle de l'hérédité, de la prédisposition, des différents tempéraments, surtout du tempérament bilieux. Il note la fréquence plus grande de cette affection aux époques de la vie les plus accidentées au point de vue des émotions, entre trente et cinquante ans ; il signale aussi l'influence de la puberté et, particulièrement chez la femme, celle de la ménopause. Il étudie, en tant que conditions étiologiques, les saisons, les climats, les pro-

1. Esquirol revient souvent là-dessus : « Pour ce qui est étranger à leur délire, ils (les mélancoliques) sont comme tout le monde, appréciant très bien les choses, jugeant très bien des personnes et des faits, raisonnant tout aussi juste qu'avant d'être malades. » (*Des maladies mentales*, t. I, p. 1122.)

fessions. Il est frappé par la fréquence plus grande de la lypémanie chez la femme et il l'explique par les troubles de la menstruation ou de la puerpéralité et aussi par son émotivité et son excitabilité plus grandes. Il s'occupe de l'influence du milieu social, des passions religieuses, du degré de civilisation, des événements politiques; c'est ainsi qu'il elève que, pendant les excès r évolutionnaires de la Terreur, la lypémanie-suicide avait acquis une fréquence inusitée. Les causes morales ont, d'après Esquirol, une grande part dans l'étiologie de la lypémanie; et il les note presque dans chacune de ses observations (perte de personnes chères, contrariété d'amour, ambition déçue, etc.).

A l'encontre d'Esquirol qui, à la manière des anciens, décrivait la mélancolie comme un délire ne portant que sur un objet, Baillarger s'attache à démontrer que, le plus souvent, le délire avec tristesse et dépression constitue, au même degré que la manie, une lésion générale de l'entendement. Ce délire, dit-il, imprime à la totalité des manifestations intellectuelles un cachet uniforme d'abattement, d'anxiété et parfois même de stupeur [1]. Baillarger proposa donc de distraire complètement la lypémanie des délires partiels, c'est-à-dire des monomanies, pour la classer dans le groupe des délires généraux à côté de la manie. Pour cet auteur la

1. Baillarger, De la mélancolie avec stupeur, *Ann. méd.-psych.*, 1843, t. I, p. 76.

mélancolie est donc une affection mentale caractérisée par des idées délirantes de nature triste et par de la dépression portée parfois jusqu'à la stupeur. Elle comprend *tous les cas de dépression des facultés intellectuelles ou morales*[1], y compris les faits de suspension de l'intelligence, confondus par Pinel avec l'*idiotisme*, appelés par Esquirol *démence aiguë*, décrits par Georget et Etoc-Desmazy sous le nom de *stupidité*, et qui n'étaient, pour Baillarger, que des variétés de mélancolie déjà observées par Guislain[2], la *mélancolie délirante*, dans laquelle les malades se croient déshonorés, perdus, ruinés, criminels, damnés, etc. ; enfin la *mélancolie* avec *stupeur*, où sont groupés tous ces aliénés muets et immobiles qui, sous un masque de torpeur et d'engourdissement apparents, continuent à délirer en silence d'une façon active.

L'exposition de ces idées eut une très grande influence sur les aliénistes ; aussi, pendant longtemps, la mélancolie a été envisagée ainsi que la comprenait Baillarger. Marcé[3], qui accepta complètement cette doctrine en 1858, ajouta des notions fort importantes sur l'état somatique des mélancoli-

1. Baillarger, Des différents genres de folie (1853), in *Recherches sur les maladies mentales*, 1890, t. I, p. 72 et suiv.

2. « La réunion de la mélancolie avec l'extase (stupeur) est une combinaison qui se présente assez fréquemment ; c'est la *Melancholia attonita exstatica* des auteurs » (Guislain, *Traité des phrénopathies*, 2e édit., 1835, p. 264.)

3. Marcé, *Archives de médecine*, 1855, et in *Traité pratique des maladies mentales*, Paris, 1862, p. 312 et suiv.

ques. Il étudie notamment chez eux la respiration et la circulation et il analyse les modifications que subissent ces deux fonctions dans leur rythme et dans leur fréquence relative.

A la même époque Morel [1], tout en opposant à la manie la mélancolie, ne faisait de l'une et de l'autre que des états symptomatiques, leur refusant la qualité de formes particulières de la folie. Il s'attachait à montrer que ces deux symptômes, l'exaltation et la dépression, se rencontraient dans toutes les variétés de l'aliénation mentale, dans la folie héréditaire, épileptique, hypocondriaque, sympathique, etc., qu'elles se succédaient et alternaient fréquemment et n'avaient, aucune d'elles, de signification nosologique. On trouve en effet dans ses ouvrages des observations de mélancolie qu'il rattache à la cause supposée, à l'hypocondrie surtout, à l'aliénation héréditaire, aux intoxications.

Mais parallèlement le travail clinique se poursuivait ; et les observateurs distrayaient de la mélancolie des formes spéciales telles que l'hypocondrie, que Falret, Morel, Guislain décrivaient comme une maladie mentale particulière. De son côté Lasègue [2] isolait une autre forme morbide, le délire des persécutions, lequel fut lui-même dissocié en éléments différents, parmi lesquels il faut citer le *délire chro-*

1. Morel, *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 469 et suiv.
2. Lasègue, Du délire des persécutions (1852), in *Études médicales cliniques*, 1884, t. I, p. 545.

nique de M. Magnan. Dans ces derniers temps, une nouvelle tentative fut faite en France par Cotard [1] pour séparer de la mélancolie une autre entité nosologique, le *délire des négations*, et en Allemagne par Kahlbaum [2] pour la *catatonie*.

Mais dans ces derniers temps une question a surtout intéressé les aliénistes, qui se sont demandé à quel titre la mélancolie ou la lypémanie devait figurer dans la pathologie mentale, comme entité morbide distincte ou seulement comme syndrome? Il y a vingt ans, Foville fils [3] a fait connaître son opinion à cet égard. La voici. La dépression, de même que l'excitation, peut exister à l'état de symptôme accessoire dans plusieurs espèces de folie, dans la paralysie générale, la folie à double forme, la folie des actes, voire même dans l'imbécillité et la démence, et elle constitue alors ce qu'il convient d'appeler le délire lypémaniaque symptomatique. Mais, d'autres fois, cet état morbide, au lieu d'être secondaire et accessoire, constitue l'essence même d'une maladie spéciale, différente de toute autre et à laquelle il paraît difficile de refuser, au point de vue clinique, la valeur d'une entité pathologique. C'est à l'ensemble des cas qui constituent cette

1. Cotard, Du délire des négations (1882), in *Études sur les maladies cérébrales et mentales*, 1891, p. 325.

2. Kahlbaum, *Klinische Abhandlunsen über psych. Krankheiten*, I Heft, Die katatonie, 1874.

3. A. Foville, art. Lypémanie, *Nouveau Dictionnaire de Méd. et de Chir. prat.*, t. XXI, 1875, p. 105 et suiv.

entité qu'il convient, d'après Foville, d'affecter la dénomination de lypémanie. Par une pareille définition de la mélancolie son cercle se trouve sensiblement rétréci; car pour justifier un pareil diagnostic il ne suffit plus d'un simple abattement et d'un état de tristesse; il faut en plus tout un ensemble de symptômes avec une évolution spéciale.

C'est de cette manière que la mélancolie semble comprise aujourd'hui par la majorité des aliénistes français et étrangers. M. Magnan [1], par exemple, la considère comme une forme morbide bien caractérisée qu'il range dans sa classification parmi les psychoses au même titre que le *délire chronique à évolution systématique*. Il existe une mélancolie pure qui constitue d'après lui un élément simple, c'est-à-dire une forme morbide à contours nets, à symptomatologie invariable, à évolution fixe, exempte le plus souvent de toute influence héréditaire et comportant généralement un pronostic favorable. Une pareille définition restreint encore davantage le champ de la mélancolie. Pour M. Joffroy, au contraire, il n'y a pas de mélancolies essentielles, il n'y a que des mélancolies symptomatiques. Notre opinion se rapproche de cette dernière.

Il est intéressant maintenant de voir comment à l'étranger on décrit cette maladie. L'un de nous a

1. Magnan, *Leç. clin. sur les maladies mentales*, 1893, p. 204.

fait sur cette question une étude particulière[1]. Nous nous bornerons à citer les aliénistes allemands qui ont poursuivi des recherches nombreuses sur ce sujet. Au point de vue clinique, ils comprennent la mélancolie à peu près comme nous, mais la pathologie mentale allemande étant peu connue en France, il nous sera permis d'insister là-dessus.

Krafft-Ebing et Schüle, dont les opinions sont acceptées par un grand nombre de leurs confrères, rangent la mélancolie parmi les psycho-névroses, c'est-à-dire parmi les affections mentales qui surviennent chez des individus dont le développement organique et psychique a été normal. Dans la pensée de ces auteurs la mélancolie n'est pas une affection dépendant de la mauvaise organisation nerveuse du malade ; elle constitue une maladie accidentelle surprenant un individu dont les fonctions cérébrales s'opéraient jusque-là d'une façon normale et chez lequel rien ne permettait de prévoir l'éclosion de cette psychose. Alors, quelle en est la cause? C'est, disent-ils, une prédisposition temporaire à cette psycho-névrose, par exemple une affection somatique très grave, seule ou associée à quelques autres facteurs accidentels et puissants. On peut même, ajoutent-ils, observer une certaine prédisposition héréditaire, mais à l'état purement latent, c'est-à-dire que, jusqu'à l'appari-

1. Roubinovitch, *Variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne*, Paris, 1896, p. 29 et suiv.

tion de la psychose, le cerveau fonctionnait bien; puis, lorsque le sujet a été atteint par une fièvre, un traumatisme ou un choc moral, ce cerveau est tombé dans un état de moindre résistance et s'est désorganisé. Un autre caractère général de la mélancolie, comme de toutes les psycho-névroses, est sa tendance à une terminaison franche, sans récidives. L'évolution en est typique, et les principaux symptômes sont toujours et partout les mêmes : un état de tristesse inexplicable ou insuffisamment motivée, puis un ralentissement général de tous les processus psychiques pouvant aller jusqu'à l'arrêt complet.

A propos de la symptomatologie détaillée nous verrons que les auteurs allemands ont analysé avec beaucoup de finesse l'état mental du mélancolique. Contentons-nous d'indiquer ici les différentes variétés qu'ils admettent[1]. Ils décrivent la mélancolie simple et la mélancolie avec stupeur. Leur *melancholia simplex* comprend plusieurs modalités : une dans laquelle les phénomènes d'arrêt psychique sont déterminés par l'*idée-douleur*, une autre — beaucoup plus grave — où ces troubles ont une cause organique, qui gêne le libre fonctionnement des centres psychomoteurs et peut provoquer un véritable spasme musculaire comme la tétanie et la catalepsie. Dans ces deux formes cliniques le phé-

1. Roubinovitch, *Variétés cliniques...*, ouvr. cité, p. 41.

nomène dominant est la passivité ou l'impossibilité de manifester librement sa volonté ; aussi les appelle-t-on encore du nom de mélancolie passive. Mais cette passivité n'a rien de fixe, d'après Krafft-Ebing, et elle peut se transformer en un état complètement inverse d'excitation et d'activité permanentes lorsque l'idée-douleur se manifeste au dehors d'une façon très vive ; on a affaire alors à la *melancholia errabunda* et, dans les cas plus graves, à la « melancholia agitans sive activa ». Si l'on ajoute que le mélancolique est sujet à des paroxysmes de son affection mentale et que, dans son agitation, il ressemble parfois à un excité maniaque, on comprendra la difficulté qu'on éprouve souvent à porter un diagnostic précis. C'est dans ce but de différenciation que Rikhartz[1] a étudié le travail cérébral de la mélancolie active comparativement avec celui de la manie.

L'opinion actuelle la plus générale des aliénistes allemands est que les idées du mélancolique forment des groupes isolés. Le malade est incapable d'examiner une pensée sous tous ses aspects ; la chaîne des idées se rompt chez lui sans cesse et à chaque instant il revient à sa conception première. Aussi les mélancoliques se plaignent constamment d'avoir un véritable besoin obsédant de penser, qui est une sorte de *pression d'idées*

1. Rikhartz, *Allg. Zeitschr. für Psychiatrie*, F. XV, p. 28.

(Ideenszwang), et il leur est en même temps impossible de s'arrêter sur une seule conception et de la bien examiner. En un mot, ils se lamentent sur le vide de leur conscience alors que celle-ci semble au contraire remplie d'une foule de pensées. D'après Emminghaus l'état mental du mélancolique serait une sorte d'obsession universelle portant sur l'ensemble des opérations psychiques [1]. Il faut sans doute comprendre cette proposition dans ce sens que le mélancolique envisage toutes les idées qui lui passent par la tête comme lui étant complètement étrangères.

La mélancolie simple des aliénistes allemands offre une foule de sous-variétés classées d'après tel ou tel groupement de symptômes ou leur intensité. Les trois principales sont : la mélancolie sans délire, la mélancolie précordiale dans laquelle l'anxiété est le principal phénomène, et la mélancolie délirante et hallucinatoire. Cette dernière se subdivise en mélancolie religieuse et mélancolie hypocondriaque.

La mélancolie avec stupeur de Baillarger est décrite en Allemagne de la même manière que chez nous; nous ne nous y arrêterons donc pas.

Une question doit encore attirer notre attention avant de clore cet historique. Comment explique-

1. Emminghaus, *Psych. Pathologie*, p. 199. Le terme allemand exprimant bien cet état est : massenhaftes Zwangsvorstellung.

t-on en France et à l'étranger la production des deux phénomènes cardinaux de la mélancolie : la douleur morale et le ralentissement des fonctions psychiques?

Les notions pathogéniques modernes sur cette affection mentale sont encore de simples hypothèses. La nature de la maladie étant d'une façon générale liée à la nature de la cause qui l'a produite, la plupart s'accordent à dire que la mélancolie est provoquée par des agents physiques ou moraux affaiblissants et déprimants. L'action des facteurs physiques épuisants, qu'ils soient de nature traumatique, infectieuse ou toxique, se conçoit, quoique nous ignorions pourquoi le facteur physique produit dans tel cas un accès de confusion mentale, dans tel autre la neurasthénie, dans un troisième la mélancolie. La différence de réaction de chaque individu est sans doute la raison de ces effets variés. Quant aux causes morales, leur influence sur la production de la mélancolie est encore plus mystérieuse. On admet en principe que tous les chagrins, toutes les émotions déprimantes influent sur la nutrition générale en troublant les fonctions des principaux appareils (digestif, circulatoire, etc.) — et en déterminant des auto-intoxications. Mais une explication réellement scientifique manque encore.

Quelques auteurs, comme M. Séglas[1] par exemple,

1. J. Séglas, *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, 1895, p. 285.

ont remarqué, dans les symptômes physiques initiaux de la mélancolie, une analogie frappante avec la neurasthénie : troubles des fonctions digestives, perte de l'appétit, constipation, auto-intoxication gastro-intestinale, troubles vasomoteurs, palpitations, anxiété précordiale, battements dans les tempes, bourdonnements des oreilles, douleurs vagues, céphalalgie, faiblesse générale, amaigrissement, augmentation de la densité des urines. La douleur morale ne serait donc que l'expression d'un trouble survenu, dans la nutrition générale du système nerveux, sous l'influence d'une des causes énumérées plus haut et parmi lesquelles l'auto-intoxication occuperait une place importante. Mais ce ralentissement, cet arrêt des fonctions psychiques, de quoi dépend-il ? Est-il la conséquence de cette douleur morale ou en est-il au contraire la cause?

Les uns soutiennent que l'arrêt psychique est primitif. Certaines de nos représentations mentales, dit Schüle [1], se rattachent directement au fonctionnement de nos viscères. Sous l'influence d'un trouble de nutrition les centres de ces représentations peuvent subir quelque altération. Il en résultera une modification au point de vue des fonctions sensitives de ces centres; il se produira alors un défaut des rapports qui existent normale-

1. Schüle, *Klinische Psychiatrie*, 1886, p. 21.

ment entre les sensations et les perceptions; celles-là seront défigurées, étranges. Enfin, l'ensemble de ces mauvaises représentations mentales influera sur l'état psychique général en créant de la douleur morale.

D'après une autre théorie développée par Krafft-Ebing[1], le ralentissement des fonctions psychiques serait secondaire à la douleur morale. La mélancolie serait une névralgie centrale en tout semblable à une névralgie périphérique. Cette névralgie cérébrale aurait pour conséquence de ralentir toutes les fonctions intellectuelles, sensitives et motrices de cet organe. Il est inutile de faire remarquer combien toutes ces conceptions pathogéniques sont métaphysiques; on ne peut voir là que des explications purement verbales. L'observation directe ne prouve qu'une chose, c'est que la douleur morale et le ralentissement des fonctions sont intimement liés entre eux et influent réciproquement l'un sur l'autre.

Nous avons vu d'autre part que le domaine de la mélancolie considérée, comme une entité morbide, tend à se réduire de plus en plus. On ne pose plus aujourd'hui le diagnostic de mélancolie parce qu'on a constaté chez le malade une idée de culpabilité, de damnation ou de ruine; chacune de ces idées, considérées autrefois comme un symptôme

1. Krafft-Ebing, *Handbuch f. Psychiatrie*, 1890, p. 403.

pathognomonique, n'a aujourd'hui rien de spécifique. L'observation prouve qu'on les rencontre dans presque toutes les formes mentales (folies liées aux névroses, hystérie, épilepsie, chorée, folies toxiques, folie circulaire, délires des dégénérés, paranoïa et ses différentes variétés, folies des vieillards, démence, paralysie générale). Mais alors qu'est-ce qui constitue la mélancolie?

CHAPITRE II

LA MÉLANCOLIE EST-ELLE UNE ENTITÉ MORBIDE[1] ?

A lire l'exposé de ces opinions multiples et différentes, on est pris d'un doute sur la réalité nosologique de cette maladie, que chacun comprend d'une manière différente. Pour que ces opinions soient si nombreuses, ne faut-il pas que le sujet soit singulièrement vague et imprécis? Et alors ne doit-on pas admettre que ce que les auteurs appellent *mélancolie* est un composé hétérogène de troubles physiques et psychiques, qu'aucun lien naturel n'unit, quelque chose de comparable à la fluxion de poitrine ou à la fièvre cérébrale des anciens.

On ne peut, dans la pathologie mentale, être aussi rigoureux dans la catégorisation des troubles

1. Absolument il n'y a pas d'entités morbides, qui sont des créations artificielles et toutes subjectives de notre esprit. Mais il y a des complexus symptomatiques plus ou moins bien délimités.

morbides que, grâce aux progrès de l'analyse micrographique et bactériologique, il est permis de l'être dans la médecine générale. Ici une maladie — la pneumonie par exemple — est nettement caractérisée par des lésions et un microbe spéciaux qui assurent une identification parfaite parmi toutes les maladies pulmonaires. Mais, en psychiatrie, sur quoi peut-on se baser pour délimiter un état morbide? Ce n'est pas sur le microbe, ni sur la transmission expérimentale — comme dans les infections; ce n'est pas non plus sur la lésion viscérale, encore inconnue. Alors faut-il pour cela s'interdire toute étude des phénomènes, parce qu'ils sont plus complexes qu'ailleurs? Non, certainement; et l'on est obligé de créer des catégories morbides, le plus naturellement ou plutôt le moins artificiellement qu'il est possible de le faire. Cela, sans se dissimuler que ce ne sont probablement que des groupements symptomatiques provisoires appelés un jour à être remplacés par des conceptions plus exactes de la nature des rapports qui unissent les faits. Toutefois, on est en droit de penser que ces concepts nosologiques ne disparaîtront pas complètement et que l'idée générale qui les a enfantés restera. Et si cette idée est réellement clinique, si elle traduit un des principaux aspects des phénomènes, elle vivra. D'autres explications, plus concrètes et plus étendues, ne la supprimeront pas.

Donc cherchons parmi les nombreux caractères

symptomatiques donnés comme pathognomoniques de la mélancolie, ceux capables de se rapporter à tous les faits que les aliénistes ont en vue dans leurs descriptions. Si nous arrivons à en retenir quelques-uns — un seul même [1] — nous aurons justifié la qualité d'espèce morbide accordée à la mélancolie.

Les anciens et Esquirol avaient cru remarquer que la mélancolie était un délire partiel, ne portant que sur un objet. Bien que cela soit vrai en un sens, puisque les malades roulent continuellement les mêmes idées et paraissent — tout au moins quelques-uns — lucides en dehors de leurs conceptions morbides, ce n'est pas là un caractère commun à tous les cas, ni spécial à eux. Un mélancolique est le plus souvent frappé dans toutes ses facultés intellectuelles, et sa lucidité n'exclut pas la généralisation de la maladie. Cette épithète de partiel peut s'appliquer plus heureusement à d'autres délires, au délire du toucher pour citer un exemple, où l'idée morbide coexiste avec une intelligence nullement ou peu troublée par ailleurs. Il est inutile de faire remar-

1. En fait il n'y a pas de symptôme pathognomonique d'une maladie, qui se caractérise plutôt par un petit nombre de signes. Cependant en théorie on doit admettre qu'il y en a et que leur recherche est le but idéal de la pathologie. D'ailleurs est-ce que la tuberculose ne se caractérise pas rigoureusement par le bacille et ses effets expérimentaux? Certaines maladies, qui sont actuellement difficiles à définir, seront vraisemblablement modifiées un jour dans leur cadre nosologique : tels la paralysie générale, l'hystérie, le tabes même.

quer combien était bizarre la conception de « mélancolie gaie » ; car — le public a eu raison en cela avant Esquirol — ce qui caractérise bien la mélancolie, c'est la tristesse ; nous essayerons de le démontrer tout à l'heure.

Donc Baillarger fut avec la vérité lorsqu'il combattit cette théorie du délire partiel et qu'il fit de la mélancolie une maladie mentale frappant, au même titre que la manie, tout l'individu, et comprenant tous les faits de dépression. Il eut raison de ranger la stupeur dans la mélancolie [1], mais il eut tort, à notre avis, de vouloir — pour légitimer ce rattachement — que, dans tous les cas de stupeur, il y eût un délire mélancolique actif, tellement actif que le sujet était comme inhibé. On peut concevoir que la stupeur est une forme de la mélancolie pour d'autres motifs, parce qu'elle est due à l'arrêt psychique qui accompagne ordinairement les grandes douleurs morales. Mais, en admettant que la mélancolie soit une maladie mentale générale de tout l'être, cela n'avance guère la question. Car la généralisation des troubles morbides est un caractère commun à la plupart des maladies mentales. Qu'est-ce donc qui la caractérise plus spécialement? Ce n'est pas le délire, puisqu'il peut être absent, le sujet n'en demeurant pas moins un lypémaniaque :

1. Il eut raison pour le plus grand nombre des faits; car il est bien certain — et nous le verrons plus loin — qu'il y a des stupeurs non rattachables à la mélancolie.

on dit alors qu'il s'agit de mélancolie sans délire. D'autre part, des conceptions délirantes de nature triste se rencontrent dans une foule de maladies sans qu'elles dominent la scène et fassent penser à la lypémanie. Mais si le délire mélancolique n'est pas nécessaire au diagnostic, à plus forte raison aussi les conceptions morbides de négation, d'immortalité, les hallucinations, qui toutes peuvent exister ou ne pas exister dans les troubles mentaux que nous essayons de caractériser. Ce n'est pas non plus la dépression entendue au sens de l'attitude et des gestes et même aussi de la pensée, puisque les mélancoliques anxieux sont parfois agités au plus haut point. Alors sur quoi s'appuyer?

Il existe d'autres caractères, ceux-là constants, et qui sont pathognomoniques, surtout dans leur association, de ce qu'on appelle la mélancolie. C'est la douleur morale et le ralentissement des fonctions intellectuelles. Les aliénistes allemands ont le plus contribué à étudier ces deux symptômes obligés de la mélancolie. La douleur morale, plus encore que l'arrêt des facultés intellectuelles, voilà l'attribut du mélancolique. C'est elle qui crée cette tristesse constante même sous l'emportement des raptus et les paroxysmes de l'anxiété. Et l'on peut dire que la mélancolie est surtout une émotion triste pathologique.

Encore faut-il que cette souffrance morale se présente avec des caractères particuliers, et — pour le

dire tout de suite — avec une certaine résignation. Car beaucoup de maladies mentales, toutes, disait Guislain[1], commencent par une période de mélancolie. A ce moment, rien ne paraît distinguer cliniquement cette dépression vague de celle qui est pathognomonique de la lypémanie dite essentielle. Dans tous les cas (manie, délire des persécutions, etc.), la souffrance morale est très grande et détermine une attitude, des gestes et un sentiment de découragement. On peut supposer qu'il est, à la base somatique de cette souffrance, des altérations de la nutrition, lesquelles engendrent des troubles cœnesthétiques. L'individu ne reçoit plus de tous ses organes, de tous ses tissus, les sensations habituelles qui accompagnent l'état de santé, c'est-à-dire l'état d'équilibre parfait. Ce changement dans les perceptions détermine un ton émotif pénible. On conçoit d'ailleurs que la diminution des fonctions organiques, laquelle est constante dans ces cas, soit une condition physique très propre à engendrer la tristesse. Mais, à ce moment, le malade essaie inconsciemment de réagir contre ces modifications de tout son être. C'est là que se manifestent les tendances particulières à chacun. Certains réagiront en s'excitant; c'est alors un désordre plus ou moins grand de la pensée et des actes (manie). Et en effet il est d'observation courante que la manie débute par

1. Guislain, *Traité sur les phrénopathies*, 1835, p. 186.

une phase de dépression. De même dans les folies circulaires, qui se présentent à nous comme une sorte d'expérience de laboratoire réalisée par la nature pour éclairer ce point spécial, les périodes mélancoliques amènent des périodes équivalentes d'agitation. Mais d'autres malades, au lieu de se laisser aller à cette réaction en quelque sorte réflexe ou automatique, s'interrogent et recherchent une explication au malaise qui les a envahis. Là encore il y a deux voies ouvertes, qui aboutissent à deux états morbides nettement différents. Si le patient, avec les réactions propres à son caractère, attribue ses maux à des manœuvres étrangères, il entre dans le délire des persécutions qui, comme on le sait bien depuis les travaux de Morel [1] et surtout de M. Magnan [2], débute d'une façon habituelle par cette phase dépressive et d'inquiétude pour en arriver à la période des accusations précises. Mais il arrive d'autres fois où le malade, obéissant toujours à ses tendances propres, se résigne d'emblée à ces souffrances, qu'il subit passivement (mélancolie à forme dépressive). Même, lorsqu'il essaie de réagir (mélancolie anxieuse), c'est avec un sentiment d'impuissance par quoi il ressemble aux enfants, à tous les faibles, qui s'irritent de leur

1. Morel (*Traité des maladies mentales*, 1840, p. 707) a insisté sur le passé hypocondriaque de certains persécutés.

2. Magnan, Le délire chronique, in *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 2e édit., 1893, p. 236 et suiv.

malheur et ne manifestent en somme, sous des dehors bruyants, qu'une résignation et une impuissance complètes. Car loin d'accuser les autres, il s'accuse lui-même au point de rechercher ordinairement dans le suicide un terme à ses maux. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur cette façon d'interpréter les faits.

En attendant, il faut retenir que la souffrance morale, qui est l'attribut général de tous les états mélancoliques, y compris la mélancolie essentielle, n'est pathognomonique de ceux-là qu'en tant qu'elle s'accompagne de cette résignation particulière sur laquelle nous venons d'insister. Sans quoi elle caractériserait tout aussi bien certains délires, de persécution par exemple, où au contraire, lorsque la période d'inquiétude est franchie, la souffrance morale qui persiste provoque une résistance et une agressiveté parfois très grandes.

L'arrêt intellectuel, qui part de la simple obtusion pour aboutir à la stupeur complète avec ou sans délire, est un phénomène presque aussi constant. Nous disons *presque*, car dans certains cas de mélancolie anxieuse, où la souffrance morale est au plus haut point, il semble qu'on doive hésiter à parler d'arrêt des processus psychiques. Et cependant, quand on observe bien les malades de ce genre, on se convainc facilement que, sous leur loquacité trompeuse, il existe une véritable indigence d'idées, et que le travail monotone de la pensée

gravite autour de la souffrance morale et des quelques idées délirantes que celle-ci a engendrées. Cet arrêt intellectuel, nous l'avons dit, n'a pas le caractère absolument spécial de la souffrance morale, puisqu'on le rencontre dans certaines autres formes d'aliénation, par exemple dans ce qu'on a appelé la *démence aiguë* ou la *confusion mentale*, état qui se caractérise par une diminution des processus psychiques sans qu'il paraisse y avoir une souffrance morale, c'est-à-dire en somme sans mélancolie. Mais cependant nous devons garder ce signe, bien que secondaire, car, accolé à la souffrance morale, il permet de rattacher entre eux les faits si variés de mélancolie. A côté de l'arrêt intellectuel nous placerons l'arrêt des processus physiques, qui est probablement la condition de celui-là; ils existent aussi fréquemment l'un que l'autre.

Nous voilà donc armés de deux signes critériaux suffisants pour limiter le champ clinique de la mélancolie : la souffrance morale et le ralentissement psycho-physique. Le premier surtout, la souffrance morale avec résignation, est absolument caractéristique de la maladie. Mais avant de commencer la description détaillée des symptômes de cette affection, il nous faut établir, dès l'abord, une grande division des faits que nous allons étudier. Dans un premier groupe, nous aurons affaire à des mélancolies survenues à l'occasion de troubles morbides graves (alcoolisme, maladies infectieuses,

lésions organiques de l'encéphale), qui sont pour nous une explication immédiate des accidents mentaux. Car, évidemment, la mélancolie, maladie psychique, a des conditions somatiques, qui sont l'altération des processus nutritifs; et l'esprit répugne à ne pas considérer ceux-là comme la cause de celles-ci. Dans ces cas, il s'agirait, si l'on veut, de mélancolies symptomatiques. On pourrait les rapprocher, dans le domaine neurologique, des maladies nerveuses à lésions connues, c'est-à-dire des maladies nerveuses organiques.

Dans d'autres faits, on ne trouve rien autre que les troubles physiques et psychiques qui forment le complexus de la mélancolie. Ces états sont les analogues des névroses, où les lésions sont encore inconnues ou mal connues. Il s'agit alors de mélancolie dite *essentielle*, de *psychose pure*. Celle-ci se distingue-t-elle des autres, des mélancolies symptomatiques? C'est un autre point que nous aurons à envisager.

Bien que nous devions revenir sur cette question, nous ferons ici une déclaration sur la manière dont nous comprenons la mélancolie essentielle. Ce terme d'essentielle ne signifie pas, à notre avis, que la maladie ne se rattache à aucune étiologie rapprochée; elle prouve plutôt notre ignorance. En biologie, rien ne se crée de rien. Une psychose, même de celles dites pures, doit nécessairement avoir des causes, disons des conditions et des conditions

certainement somatiques qui la provoquent et l'entretiennent. Quand nous pouvons les saisir et que nous nous rendons bien compte de l'enchaînement de cause à effet qui relie ces deux ordres de phénomènes, nous disons que les troubles morbides sont symptomatiques. Lorsque, au contraire, ce rapport nous échappe, nous disons que la maladie est essentielle. Mais il serait illogique de soutenir pour cela que cette dernière n'a pas de causes immédiates, de troubles qui l'entretiennent et qui en sont les générateurs nécessaires. Ce que l'on veut dire seulement c'est que dans ces cas la maladie *paraît* autonome et semble évoluer à sa manière, pour son propre compte. Évidemment ce n'est là qu'une apparence, sous laquelle existent des troubles de la nutrition, qui, tant qu'ils durent, engendrent les désordres mentaux.

Un exemple fera mieux comprendre toute notre pensée. Il est d'observation vulgaire que certaines maladies infectieuses provoquent des troubles psychopathiques qui se prolongent souvent bien au delà des gros symptômes apparents de l'hyperthermie ou des lésions locales, qui représentent à nos yeux toute l'infection. Doit-on pour cela nier les rapports des altérations infectieuses avec les désordres psychiques? Ce serait juger la question d'une manière un peu étroite. Car que se passe-t-il au cours d'une maladie infectieuse, une fièvre typhoïde par exemple? Tout d'abord on assiste

à un ensemble symptomatique bien connu (fièvre, entérite, etc.), qui révèlent la dothiénentérie. Puis le malade entre en convalescence et on dit qu'il est guéri. L'est-il réellement? Il l'est de la fièvre, de la tachycardie, de la diarrhée, de la congestion pulmonaire, de tous les symptômes enfin qui attirent le plus l'attention du médecin. Mais sous ces symptômes, un travail souterrain continue longtemps encore son œuvre. Les cellules sont frappées dans leur vitalité, la nutrition est retardante; certains viscères, l'endocarde, les reins — pour ne citer que ceux-là — restent ou deviennent malades, leurs tissus dégénèrent ou se sclérosent. Il y a donc un ensemble de troubles, moins bruyants que ceux de la période aiguë, mais qui n'en sont pas moins très graves. Ce sont ces troubles, lesquels évoluent d'une façon que nous connaissons mal, qui très probablement entretiennent pendant plus ou moins longtemps les délires post-fébriles persistants et surtout cette torpeur cérébrale, si nettement en rapport avec l'alanguissement de toutes les fonctions de l'économie. Quelle est la cause de ces troubles mentaux? C'est la fièvre typhoïde si l'on veut; mais plus exactement ce sont les troubles de la nutrition qui ont été engendrés par la maladie des premiers septenaires et qui évoluent à leur tour d'une façon un peu autonome. Or, comme on ne les voit pas, et que d'autre part les symptômes qui représentent la fièvre typhoïde ont disparu depuis long-

temps, on hésite à admettre un rapport de causalité entre un délire qui continue son évolution et une maladie — la dothiénenterie — qui paraît l'avoir terminée. Et cependant le délire peut très bien être la conséquence de la fièvre typhoïde par ces intermédiaires cachés.

Dans les cas de ce genre, le lien qui unit les deux ordres de phénomènes (maladie somatique et troubles mentaux) est peu visible. Cependant on peut encore l'accepter hypothétiquement, puisqu'on a assisté à l'évolution des troubles somatiques dont l'existence antérieure n'est pas douteuse. On ne peut que discuter sur le caractère de causalité occasionnelle ou de causalité efficiente de cette antériorité. Mais si, au lieu d'une maladie bien connue comme la dothiénenterie, il se développait un trouble grave de la nutrition, provoquant peu à peu et entretenant des troubles mentaux, le médecin serait entraîné à ne voir que ces derniers, et, dans son incapacité de les rattacher à un antécédent morbide, il les proclamerait primitifs. La maladie deviendrait ainsi essentielle, idiopathique, alors qu'il ne peut y en avoir, puisqu'il faut admettre que, pas plus en pathologie qu'en biologie, il n'y a de génération spontanée, et qu'un trouble provient toujours d'un autre.

Mais nous aurons l'occasion de revenir ultérieurement sur ce point. Ainsi donc, pour nous, les mélancolies essentielles doivent avoir des causes

prochaines, ignorées encore; mais nous acceptons qu'elles ont — tout au moins dans un certain nombre de cas — des caractères un peu différents des états mélancoliques où les conditions somatitiques sont beaucoup plus apparentes. Nous aurons tout d'abord en vue la description de ces formes vésaniques, étudiant primitivement les symptômes constants, la souffrance morale et le ralentissement psychique avec leurs conséquences immédiates, c'est-à-dire l'anxiété d'une part et l'amnésie, l'aphasie, l'aboulie, et la stupeur d'autre part. Car il nous a semblé qu'il était plus logique de décrire tout de suite après son générateur immédiat le phénomène morbide qui n'est en somme que l'exagération de celui-là. Ainsi la stupeur n'est que la forme parfaite de l'arrêt psychique. Elle n'est pas par ellemême un symptôme constant, et à ce titre elle ne devrait pas figurer dans le chapitre où l'on ne s'occupe que des signes de ce genre. Mais elle est surtout l'exagération d'un signe habituel, la diminution des processus intellectuels. Pour éviter des répétitions, et pour une plus grande clarté — car rien ne vaut la connaissance de la filiation des faits — nous décrirons la stupeur à propos de l'arrêt psychique, dont elle est la conséquence ultime.

Après l'examen des symptômes constants, psychiques et physiques, nous étudierons les inconstants, ceux qui, comme les hallucinations, les idées délirantes variées, les actes, sont contingents, et

peuvent être ou ne pas être sans modifier le diagnostic de mélancolie. La description des variétés cliniques de la lypémanie, surtout considérée comme psychose pure, essentielle, viendra tout naturellement à la suite. Les formes avec conscience, anxieuses, stupides, etc., seront examinées à cette place. Il ne nous restera plus, pour terminer le tableau clinique, qu'à passer en revue les états mélancoliques symptomatiques, ceux liés à une cause apparente (mélancolie des dégénérés, puerpérale, alcoolique, post-typhique, etc.). Mais — pour dire un mot de chacune d'elles — ne faut-il pas faire en somme toute l'étiologie? C'est aussi ce que nous avons pensé. Au cours de ce chapitre des causes, que nous ferons suivre de quelques considérations sur l'anatomie pathologique, la médecine légale et le traitement des mélancoliques, nous aurons aussi à examiner l'hérédité ou plutôt la dégénérescence, la fonction menstruelle et la puerpéralité, les intoxications, les névroses, l'hystérie et l'épilepsie, comme productrices d'états mélancoliques plus ou moins spéciaux, dont il sera alors utile de relever les particularités cliniques — s'il y en a. Et cela nous aidera à formuler quelques réflexions sur le traitement rationnel des mélancoliques, lequel ne peut procéder que d'une conception étiologique.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

1. Symptomes constants.

A. **Symptômes psychiques.** — Nous avons déjà dit plus haut ce que nous entendons sous le nom de « mélancolie » : c'est un état de tristesse sans motif suffisant avec tendance à la résignation, état dont la *douleur morale* est le symptôme fondamental. A ce signe vient s'en ajouter un autre non moins important : le *ralentissement des processus psychiques*, pouvant aller dans certains cas jusqu'à l'arrêt complet. Examinons maintenant chacun de ces deux symptômes.

a. La *douleur morale* du mélancolique est une émotion pénible chronique, qui, dans les cas graves, envahit peu à peu tout le champ de la conscience. Existe-t-il une différence entre cette douleur morale

et celle qui survient chez un individu normal sous l'influence d'un motif raisonnable? En apparence, non. Et pourtant, chez l'individu normal ayant un chagrin excessif, la possibilité de recevoir des perceptions agréables subsiste encore, et il reste un certain espoir de sortir de la phase pénible qu'il traverse. Le vrai mélancolique a complètement perdu la faculté d'éprouver des sensations qui puissent faire diversion à son chagrin; et il est persuadé qu'il ne pourra jamais se débarrasser de sa douleur morale. Il n'entrevoit plus aucune solution favorable, il y a entre lui et le monde extérieur un véritable mur contre lequel vient se briser toute espérance.

L'intensité de cette souffrance ne la rend semblable à aucune autre. Les mélancoliques guéris que nous avons interrogés nous ont toujours affirmé que la douleur qu'ils avaient éprouvée ne pouvait se comparer à aucune douleur physique. Ce qui parfois ajoute encore à cette souffrance c'est que les malades se rappellent avec une netteté remarquable toute leur vie psychique antérieure. Ils se souviennent alors qu'auparavant, même quand ils avaient un chagrin, ils étaient sensibles à ce qui se passait autour d'eux. Ils pouvaient avoir des sensations joyeuses, compatissaient à la douleur d'autrui, consolaient les autres, aimaient; en un mot, leur affectivité était normale. Tandis que, une fois malades, ils sont devenus comme sourds à tous les appels

venant du monde extérieur; rien ne les touche plus, rien ne les émeut. Et de cette comparaison entre leur état psychique antérieur et leur état actuel ils concluent qu'ils sont devenus des êtres indignes, des monstres ayant perdu tout sentiment humain.

D'ailleurs dans certains cas, assez fréquents même, la douleur morale absorbe tellement le mélancolique qu'il n'hésite pas à se détruire. Il arrive, grâce à la solidarité qui unit étroitement toutes les manifestations de la vie psychique, que tout ce qui se passe autour de lui, toutes les idées qui surgissent dans sa conscience, tous les actes qu'il accomplit exagèrent la souffrance qu'il éprouve. Ainsi, s'il lui arrive de songer à une personne de sa connaissance, immédiatement il lui semble qu'il a sur elle de mauvaises pensées. Essaie-t-il d'écrire une lettre, aussitôt il est convaincu qu'il est impossible de s'exprimer d'une façon plus inintelligible. En regardant sa photographie, l'idée lui vient qu'on n'a jamais vu une physionomie plus désagréable que la sienne.

Cette dépendance étroite entre toutes ses pensées et la douleur morale fait que le mélancolique se croit souvent un être abject n'ayant pas de semblable dans le monde. Nous parlons, bien entendu, des cas où la douleur morale a atteint son plus haut développement.

Certes, il y a des états mélancoliques dans lesquels tout se borne à une douleur légère. Ce qui

permet alors de la considérer comme pathologique, c'est l'absence de motifs suffisants et aussi la croyance du malade qu'il n'a plus la même sensibilité affective qu'auparavant. D'ailleurs l'intensité de cette douleur morale n'est pas toujours égale chez le même individu. Il existe des oscillations; et, dans la même journée, le mélancolique peut se sentir plus affligé le matin que le soir; quelquefois plusieurs jours se passent dans un calme relatif.

En outre, on peut observer des exacerbations de la douleur morale qui prend les proportions d'un véritable accès : c'est alors l'anxiété, qui, lorsqu'elle est continue, constitue une variété clinique qui sera étudiée plus loin. Ce paroxysme de la souffrance, véritable hyperesthésie affective, s'accompagne souvent de névralgie intercostale, de sensation de compression thoracique, en un mot de symptômes d'angoisse. L'accès dure un temps plus ou moins long ; puis il disparaît pour revenir. Pendant la crise on peut constater une asthénie caractéristique : le pouls devient rapide et quelquefois faible, la respiration est courte, superficielle, la force musculaire diminue au point de ne pouvoir plus permettre le moindre pas. La forme des accès varie d'ailleurs avec chaque individu.

Parfois la tristesse est remplacée par la terreur. Le malade a la sensation d'un terrible danger imminent et inévitable; et cette peur est capable, si elle est très intense, de plonger le sujet dans la stupeur.

Mais que le malade reste déprimé, anxieux ou stupide, la souffrance morale a toujours ce caractère de s'accompagner d'un sentiment de résignation, d'impuissance. Au lieu que le persécuté — qui souffre lui aussi — n'accepte pas son mauvais sort et devient agressif, plein de haine et animé d'un profond ressentiment envers les autres, le mélancolique au contraire se sent accablé sous ses maux. « Le fardeau est trop lourd pour ses épaules », disait M. Joffroy dans une de ses leçons cliniques, et il se laisse écraser par lui. En outre le persécuté accuse vite autrui d'être la cause de ses souffrances; il se pose en victime et ne rêve que la vengeance; — tandis que le mélancolique pense qu'il a mérité ses maux et, pour expliquer son chagrin et ses remords, se persuade même qu'il a commis des fautes et des crimes.

Essayons maintenant de montrer comment naît et se développe la souffrance morale du lypémaniaque et sur quoi elle repose. Nous avons déjà dit qu'il fallait supposer à l'origine d'un état mélancolique une altération des fonctions de la nutrition, une modification dans la vie intime des cellules. Les mille sensations, qui continuellement viennent de tous les organes, ne sont plus les mêmes. Le sens cœnesthétique — c'est-à-dire la sensibilité organique — est vraisemblablement altéré. Le malade ne reconnaît plus ses sensations habituelles; il ne se sent plus vivre comme auparavant. Quelquefois ces

modifications cœnesthétiques engendrent des idées de transformation et même de négation des organes. Il faut noter que la conscience de notre vie végétative est ordinairement obscure. Dès que nous sentons notre cœur, nos poumons, nos muscles, nous souffrons. On peut de la sorte s'expliquer comment de simples altérations de la cœnesthésie peuvent provoquer un malaise plus ou moins grave.

En outre les sensibilités sensorielles (vision, audition, etc.) subissent dans leurs fonctionnements des altérations analogues. C'est alors que les malades disent qu'ils se sentent transformés et qu'ils ne voient plus le monde extérieur de la même manière. Griesinger [1] a bien analysé cette *dysesthésie psychique*. « Il me semble, disent les mélancoliques, que tout ce qui est autour de moi est encore comme jadis, cependant il doit aussi s'être fait quelques changements ; les choses ont encore leurs anciennes formes, je les vois bien, et cependant elles ont aussi beaucoup changé. » Le malade s'isole, puisque toutes les impressions extérieures éveillent et entretiennent sa souffrance. Ces modifications dans les perceptions internes et externes ne se font pas impunément ; et le malade s'étonne et souffre de cette altération de ses sensations. Le mélancolique a toujours sa pensée concentrée sur des représentations mentales désagréables. « Tout au dedans », comme

1. Griesinger, ouv. cité, p. 265.

dit M. Magnan en opposant la mélancolie à la manie, où au contraire « tout est au dehors ».

Les conditions nécessaires à la production d'une émotion triste sont données dans la mélancolie. La mélancolie est, nous l'avons dit, une tristesse morbide [1]; elle lui ressemble psychologiquement et aussi par les signes physiques. Aussi est-il nécessaire, pour bien comprendre cette maladie, de dire quelques mots sur la physiologie des émotions.

On tend à admettre aujourd'hui que toute émotion suppose un état somatique qui en est la condition physiologique. Lange [2] a même soutenu que c'en était la cause immédiate et qu'on était triste parce qu'on avait la respiration faible et superficielle, le pouls contracté, les muscles relâchés, et non pas qu'on présentait tous ces signes parce qu'on était triste. En d'autres termes; la conscience de la tristesse serait la résultante de tous les phénomènes physiques énumérés plus haut et par d'autres analogues. Quand ceux-ci surviennent — quel que soit d'ailleurs le trouble nutritif originel

1. La comparaison de la mélancolie avec la tristesse n'est pas exacte d'une façon absolue; car dans les états lypémaniaques, on ne trouve pas que la tristesse passive, mais aussi la tristesse active, la peur et d'autres émotions dont les combinaisons expliquent la diversité des troubles physiques observés en clinique. Pour les besoins de la description, nous avons eu surtout en vue la mélancolie passive, celle qui se rapproche le plus de la tristesse simple. Mais il ne faut pas oublier que c'est là une conception schématique.

2. Lange, *Les émotions*, trad. G. Dumas, 1895.

qui leur a donné naissance — la conscience est envahie par une émotion triste. On voit que cette théorie renverse l'ordre des faits qu'on admettait jadis. Ce qu'on appelait les effets de l'émotion en sont les causes prochaines, les conditions nécessaires.

Il nous paraît intéressant de nous étendre quelque peu sur cette question de l'antériorité des phénomènes organiques, d'autant qu'elle a été souvent agitée dans ces derniers temps. Voici, d'après M. Dumas[1], les arguments en faveur de cette théorie.

Dans un certain nombre de cas il semble que cet état de conscience particulier appelée « émotion » soit postérieur aux troubles vasculaires. Il en est ainsi lorsqu'à la suite de l'administration du tartre stibié, médicament vaso-constricteur, il survient un état dépressif. Il en est de même dans certaines maladies mentales, dans la mélancolie circulaire où l'état émotif change brusquement, périodiquement, sans cause intellectuelle, et suit le changement parallèle et probablement antécédent (?) qui s'opère dans le système vasculaire (abaissement de la tension artérielle, ralentissement du pouls) et dans diverses fonctions.

Mais dans d'autres circonstances, comment prouver que l'état organique est antérieur? Un individu apprend tout à coup l'annonce d'un malheur qui le frappe. Il a la conscience d'une douleur morale en

1. Dumas, La joie et la tristesse, *Revue philosophique*, 1896, n[os] 6, 7 et 8.

même temps qu'il tombe dans un état de tristesse, caractérisé par les modifications circulatoires et autres qui conditionnent d'habitude cette émotion pénible. Il semble bien là que c'est l'idée qui a provoqué à la fois le syndrome organique et la conscience de la tristesse; mais il est difficile de dire que celle-ci n'est que la conséquence de celui-là.

Le problème est difficile. M. Dumas, s'appuyant sur les idées de Lange, le résout de cette façon : « Faut-il admettre la succession suivante : 1° idée; 2° émotion; 3° phénomènes circulatoires, ou bien faut-il intercaler les deux derniers éléments et placer d'abord l'idée, puis le phénomène circulatoire et enfin l'émotion? Pour quiconque a bien voulu suivre l'analyse précédente, la réponse n'est pas douteuse. Si dans les cas très simples où l'émotion coexiste avec un état organique particulier, sans intervention des phénomènes mentaux, elle a la conscience de cet état, nous sommes bien obligés d'admettre que dans les cas plus compliqués où l'émotion accompagne les mêmes états organiques, avec intervention de phénomènes mentaux, elle a toujours la même nature et doit se prêter à la même analyse; sinon il faudrait accorder cette absurdité qu'un état affectif donné peut être tantôt la conscience d'un état organique, et tantôt un état purement mental dépourvu de base physique; qu'il est tantôt le résultat de certaines variations circulatoires et tantôt la cause des mêmes variations... L'émotion

reste toujours le terme ultime de la série, que l'on peut simplifier de la façon suivante : 1° cause physique ou morale ; 2° variation circulatoire ; 3° émotion. »

Mais comment alors agit l'idée sur l'état organique ? Il est bien évident que les représentations mentales n'ont rien par elles-mêmes d'agréable ou de désagréable. « La vue d'un lion en liberté est la même pour un homme indifférent et pour un homme effrayé », dit M. Dumas, pour qui « une idée agréable, c'est une idée qui détermine dans notre esprit un grand nombre d'associations nouvelles, à la fois conscientes et faciles, et une idée pénible, c'est au contraire une idée qui gêne nos associations habituelles, qui fatigue et arrête notre pensée... Le désaccord d'une représentation avec nos représentations habituelles, la dissociation d'idées qui en résulte constituent pour l'esprit un travail intense et difficile, analogue à l'excitation épuisante que produit dans le cerveau la douleur physique. La conséquence c'est l'arrêt fonctionnel de la pensée, la vaso-constriction des artérioles cérébrales, l'anémie des tissus. La fonction vaso-constrictive de l'écorce se trouve ainsi exagérée et se maintient tant que persiste l'arrêt fonctionnel de l'activité mentale. Il y aurait donc un premier phénomène d'épuisement, suivi ou accompagné d'un arrêt mental, et cet épuisement primitif, comme cet arrêt, se traduirait par une vaso-constriction d'abord cérébrale, puis périphérique. En même temps, par suite de l'arrêt

psychique, la respiration diminue dans son ampleur et se ralentit dans son rythme, après la période dyspnéique dont nous avons parlé à propos de la souffrance morale. Enfin l'hypo-activité cérébrale retentit sur le cœur : le cœur bat moins vite et moins fort, et la tension artérielle diminue en même temps que la vitesse du courant sanguin. »

Cette explication ingénieuse repose sur des faits discutés. Il est probable que, dans les émotions tristes prolongées, les processus intellectuels sont ralentis, bien que les émotions tristes courtes agissent plutôt comme des excitants cérébraux[1]. Mais la vaso-constriction des artères cérébrales n'est pas suffisamment prouvée. On l'admet parce que les artérioles périphériques *paraissent* contractées. Or Mosso [2] a établi qu'il n'y avait pas de rapport entre les deux circulations, cérébrale et périphérique, et que la vaso-constriction des membres n'entraînait pas forcément la vaso-constriction, pas plus que la vaso-dilatation cérébrale, de sorte qu'il faudrait supposer que le système vaso-moteur de l'encéphale est autonome. Elle semble probable toutefois si on accepte qu'il y a arrêt psychique, puisque, dans l'état opposé, dans le travail intellectuel, le cerveau augmente de volume (Mosso). Pour ce qui est de l'hypothèse de Meynert, d'après laquelle l'écorce

1. Binet et Courtier, *Année psychologique*, 1897, p. 90.
2. Binet et Courtier, *Année psychologique*, 1897, p. 45 et 46.

cérébrale aurait un double rôle d'idéation et de vaso-constriction, l'une se produisant à l'inverse de l'autre, elle paraît démentie par ce fait [1], que dans le travail intellectuel, le pouls capillaire (signe donné de la vaso-dilatation) se contracte et d'autre part le volume de l'avant-bras ne diminue pas d'une façon constante [2]. L'arrêt psychique au contraire explique parfaitement, ainsi que M. Dumas l'indique, le ralentissement de la respiration et du cœur, ainsi que l'hypertension artérielle. Car dans le travail intellectuel peu prolongé, où des phénomènes de fatigue n'interviennent pas encore, on observe les phénomènes inverses (accélération de la respiration et du cœur, hypertension) [3].

Mais le problème de l'antériorité des phénomènes demeure tout entier. On peut objecter à la théorie de Lange que cette antériorité des gros phénomènes physiques étudiés, et notamment celle des modifications vaso-motrices, n'a pas encore été prouvée expérimentalement et paraît même douteuse, puisque, lorsqu'on provoque une émotion chez un sujet dont on prend le pouls capillaire, la réaction vaso-constrictive s'inscrit sensiblement après la perception de l'état émotionnel [4]. D'ailleurs ces réactions

1. Binet et Courtier, *Année psychologique*, 1897, p. 48.
2. Binet et Courtier, *Année psychologique*, 1897, p. 45.
3. Binet et Courtier, *Année psychologique*, 1897, p. 48. Binet et Vaschide, *Année psychologique*, 1897, p. 155.
4. Binet et Courtier, *Année psychologique*, 1897, p. 44.

musculaires ne seraient, même dans l'explication précitée de M. Dumas, que les effets de modifications supposées dans les centres cérébraux. Alors pourquoi ne pas admettre que ces dernières sont les véritables conditions du fait de conscience si précoce? Ces phénomènes, actuellement hors de nos explorations, pourraient tout aussi bien être éveillés par des intoxications (tartre stibié), par les troubles de la nutrition liés aux psychoses, par une idée, et produiraient à leur tour les signes musculaires et vasculaires de l'émotion, lesquels seraient ainsi, selon l'opinion ancienne, postérieurs au fait de conscience.

En clinique, qu'on étudie la tristesse ou la mélancolie, le problème d'antériorité des phénomènes peut être laissé provisoirement de côté. Il est certain que l'état mental triste, physiologique ou pathologique, a des conditions somatiques. Parmi celles-là, il en est qui déterminent d'autres symptômes; par exemple les modifications de l'activité cérébrale retentissent sur la circulation et la respiration. On se trouve de la sorte en présence d'un complexus dont les liens de causalité sont indébrouillables. Aussi peut-on dire que tous ces signes, dont les uns (les modifications musculaires et circulatoires) ne sont probablement que des effets déjà éloignés des phénomènes liés aux faits de conscience, sont en bloc les conditions ou tout au moins les accompagnateurs de la tristesse ou de la mélancolie. On essaiera plus tard de déterminer l'enchaînement de ces phénomènes.

Quels sont donc les signes de la tristesse, de laquelle on rapproche d'ordinaire la mélancolie? En parcourant les descriptions que tous les médecins et notamment Lange [1] ont données des émotions tristes, on constate que les signes sont les mêmes que les symptômes somatiques (mimiques, phonétiques, etc.,) observés chez les lypémaniaques. Ce qui est caractéristique c'est d'abord une action paralysant les muscles. Les mouvements sont difficiles et pénibles, d'où sensation de découragement. La voix est faible, les gestes sont lents, la démarche mal assurée; les traits de la face s'affaissent. Il existe en somme un hypotonus généralisé.

« Le système vaso-moteur, dit Lange, se comporte sous l'influence de la tristesse d'une façon tout opposée à celle de l'appareil moteur volontaire. Pendant que ce dernier s'affaiblit et se relâche, les vaso-moteurs au contraire se contractent plus qu'à l'ordinaire ; de la sorte le sang est exprimé des petits vaisseaux et les divers tissus ou organes sont exsangues; la conséquence immédiate de cette anémie, c'est la pâleur, l'affaissement, le collapsus; les chairs sont moins pleines, leur couleur est blanche; le relâchement des traits causé par la mollesse des muscles donne au visage son expression caractéristique et produit souvent l'impression d'un amaigrissement si rapide qu'il ne peut s'expli-

1. Lange, ouvr. cité, p. 37 et suiv.

quer par des modifications de la nutrition, comme une usure des tissus, non suivie de compensation. » « Les petits vaisseaux des poumons se contractent spasmodiquement, de sorte que ces organes se vident de sang; on éprouve alors une sensation de manque d'air (dyspnée), on sent un poids sur sa poitrine (oppression), comme il arrive dans tous les cas où le chimisme respiratoire est entravé [1]. » Enfin l'anémie du cerveau provoquerait le ralentissement des processus intellectuels.

Il est à noter que Lange ne donne pas de preuves directes de cette vaso-constriction, établie en quelque sorte par le raisonnement. D'autres après lui ont essayé de combler cette lacune. M. Dumas croit que l'absence de pouls capillaire est une preuve de vaso-constriction, opinion que M. Binet [2] critique en disant que ce dernier peut, s'il est petit, n'être pas enregistrable et être cependant en vaso-dilatation. Cet auteur inclinerait à voir dans cette absence du pouls capillaire seulement le signe d'une circulation périphérique languissante. Quelle que soit sa signification au point de vue de la vaso-constriction, le pouls capillaire n'existe pas en général dans les états de tristesse pathologique, ainsi que l'a remarqué M. Dumas. Mais cette disparition est-elle liée à l'état émotionnel, à l'hypo-activité cérébrale ou

1. Lange, ouvr. cité, p. 42.
2. Binet et Courtier, *Année psychologique*, 1897, p. 543 et 546.

à une autre cause? La première hypothèse semble contredite par ce fait, observé par MM. Binet et Courtier [1], que toutes les émotions courtes, gaies ou tristes, contractent le pouls capillaire, ainsi que le travail cérébral, ainsi que toute excitation nerveuse, d'origine externe ou interne?

Parmi les autres phénomènes organiques élémentaires sous-jacents à la tristesse, on a surtout étudié les modifications circulatoires et respiratoires, mais surtout les premiers.

M. M. de Fleury [2] admet que la condition la plus constante de la tristesse est l'hypotension artétielle. « Chez les névropathes neurasthéniques dont les observations médicales servent de base à cette étude, dit-il, les pressions de 13 à 16 centimètres de mercure correspondent généralement à l'équilibre indifférent des facultés mentales. Au-dessous c'est la zone de la fatigue; au-dessus, c'est le territoire de l'excitation cérébrale. » D'après MM. Binet et Vaschide [3], la pression du sang s'élèverait dans toute émotion *courte*, gaie ou triste, comme dans tout travail intellectuel et généralement dans toute excitation nerveuse.

Le pouls et la respiration se ralentissent dans la

1. Binet et Courtier, *Année psychologique*, 1897, p. 126.

2. M. de Fleury, La tristesse et son traitement, *Nouvelle Revue*, 15 août 1896.

3. Binet et Vaschide, *Année psychologique*, 1899, p. 162 et suiv.

tristesse, ainsi que tous les observateurs l'ont constaté.

Dans ces derniers temps M. G. Dumas, qui avait, dans un travail antérieur, essayé de rattacher les états mélancoliques à diverses conditions somatiques[1], a poursuivi ses recherches[2]. Il admet plusieurs groupes de tristesses : un avec hypotension artérielle, ralentissement du cœur et de la respiration et diminution de l'activité cérébrale; un autre avec hypertension, provoquée, selon la loi de Marey, par la vaso-constriction périphérique, même ralentissement du pouls et de la respiration, et même diminution de l'activité cérébrale (dans ce dernier cas l'hypertension, due à la vaso-constriction, serait, suivant l'hypothèse de Meynert, la conséquence de l'hypo-activité cérébrale) ; enfin un troisième groupe de tristesses *actives* se caractériserait par l'hypertension artérielle relative, accélération du pouls et de la respiration, et activité cérébrale.

Il suit de là que la tension artérielle ne peut servir à caractériser la tristesse, puisqu'elle est tantôt exagérée et tantôt diminuée. La vaso-constriction non plus, puisqu'il est, d'après M. Dumas lui-même, des joies avec vaso-constriction. Seuls, le

1. G. Dumas, *Les états intellectuels dans la mélancolie*, th. de Paris, 1894.

2. G. Dumas, La Joie et la Tristesse, *Revue philosophique*, 1896, n°s 6, 7 et 8.

pouls et la respiration, ralentis tous deux, sauf dans les tristesses avec excitation qui forment bien un groupe à part et proche des états d'excitation, sont réellement caractéristiques. Retenons aussi ce fait que le ralentissement intellectuel est un signe des tristesses passives. Enfin il faut séparer les émotions courtes, qui paraissent agir comme des excitants (Binet et Courtier), des émotions prolongées qui s'accompagnent peut-être d'hypotonus généralisé. Mais l'étude n'en a pas encore été poussée bien loin. M. Dumas a fait ses recherches sur des malades, et les signes physiques correspondant à leur état émotionnel sont certainement influencés par d'autres causes qui compliquent singulièrement le problème.

Quels des phénomènes étudiés plus haut sont les causes immédiates, les antécédents de la perception de tristesse? Peut-être aucun de ceux-là, mais d'autres plus cachés. Ce qui paraît acquis, c'est que, dans les émotions provoquées, le pouls capillaire se contracte après la perception. Ces phénomènes ont aussi des rapports étroits avec l'activité cérébrale et aussi entre eux. Comment se reconnaître dans ce dédale?

Comme on le voit, l'étude des conditions somatiques des émotions et notamment de la tristesse est à peine ébauchée, et nous ne pouvons arriver actuellement à des conclusions définitives. Ce qu'il faut retenir, c'est que la base somatique de la tris-

tesse paraît être celle de la mélancolie, ainsi que nous le vérifierons dans le chapitre suivant. Et nous devons penser que chaque fois que ces conditions organiques sont données, la douleur morale apparaît.

Il reste à expliquer pourquoi cette souffrance ne provoque pas de réactions chez les mélancoliques et au contraire est subie passivement. D'où vient cette différence dans la tolérance des lypémaniaques et celle des persécutés qui, les uns et les autres, souffrent? On ne peut guère faire sur ce sujet que deux hypothèses. Ou bien ce sont les conditions somatiques qui sont différentes chez les uns et chez les autres et qui amènent forcément soit les idées de résignation et d'impuissance, soit au contraire les réactions agressives. Ou bien — ce qui est plus vraisemblable — ce sont les sujets qui sont différents, et qui apportent dans leurs manières de réagir leurs tendances propres, manifestant leur caractère, si bien que l'on pourrait dire avec M. Joffroy [1], reprenant l'idée de Lorry, que l'on naît mélancolique comme on naît persécuté, c'est-à-dire avec des dispositions à se laisser abattre ou à lutter énergiquement en cas de souffrance morale. M. Joffroy fait souvent remarquer à ce propos que les causes les plus différentes (fièvre typhoïde, émotions, traumatisme) peuvent déterminer chez le même sujet un même état mélancolique

1. Joffroy, Leçons professées à l'asile Sainte-Anne, 1896.

à peu près toujours identique malgré la variation des causes.

Parmi les conséquences de cette souffrance morale, il faut noter le sentiment d'impuissance qui envahit le malade. Quand la douleur morale est à son maximum, les perceptions sensorielles, les idées perdent pour le mélancolique toute signification agréable ou désagréable, et l'individu tombe dans une véritable *anesthésie* morale. Cette anesthésie psychique rend compte de l'indifférence que le malade accuse pour tout ce qui lui a été cher avant sa maladie. Mais avant d'en arriver là, le mélancolique s'interroge, et, dans ce perpétuel besoin d'explications qui est propre à l'esprit humain, même malade, il trouve, dans la voie de résignation passive indiquée plus haut, des raisons à ses souffrances; c'est l'origine des idées délirantes que nous décrirons plus tard. En cela le malade raisonne logiquement. Comme il est dans un état somatique analogue à celui qui accompagne les remords, ceux-ci viennent naturellement à son esprit. Pour les justifier, il s'accuse de méfaits imaginaires; il dit être un grand coupable, avoir commis des fautes graves. Aussi M. Joffroy a-t-il raison de déclarer que la douleur morale est sans cause intellectuelle, mais non pas sans cause organique. Griesinger [1] disait : « Le malade se sent en proie à la tristesse;

1. Griesinger, ouvr. cité, p. 269.

or il est habitué à n'être triste que sous l'influence de causes fâcheuses; de plus, la loi de causalité exige que cette tristesse ait un motif, une cause, et, avant qu'il s'interroge à ce sujet, la réponse lui arrive déjà; ce sont toutes sortes de pensées lugubres, de sombres pressentiments, des appréhensions, qu'il couve et qu'il creuse jusqu'à ce que quelques-unes de ces idées soient devenues assez fortes et assez persistantes pour se fixer, au moins pendant quelque temps. Aussi ce délire a-t-il le caractère de tentatives que fait le malade pour s'expliquer son état. »

M. Séglas [1] a fait la même remarque au sujet de la pathogénie de ces idées délirantes liées à la souffrance morale : « Le sentiment de douleur morale, analogue à celui que doit éprouver un criminel après l'accomplissement d'un forfait, amène chez un malade l'idée qu'il est coupable, qu'il a commis un crime. Un autre, jadis religieux, en présence du changement qu'il ressent en lui, dans ses sentiments, se croira réprouvé de Dieu, abandonné aux puissances infernales, par suite de fautes, de péchés imaginaires, se sentant incapable d'agir; tel autre craint pour l'avenir des siens, se croit ruiné, se voit à charge à tout le monde. » C'est ainsi qu'on a pu dire que le délire des mélancoliques était secondaire. Or si nous acceptons que certains délires de

1. Séglas, *Leçons cliniques*, ouvr. cité, p. 300.

persécution débutent par une phase de dépression morale, amenée par des changements cœnesthétiques et autres troubles sensoriels, nous sommes obligés d'admettre que ce caractère de secondarité n'est pas absolument spécial aux conceptions délirantes mélancoliques.

b. *Ralentissement intellectuel.* — Chez le mélancolique, on observe un ralentissement général des processus psychiques, qui est probablement en rapport avec les conditions somatiques de la tristesse. On a vu que les émotions tristes pouvaient être caractérisées *psychologiquement* par des associations d'idées difficiles; les deux phénomènes, la tristesse et la lenteur intellectuelle, seraient donc ainsi liées. Cliniquement on sait que dans toutes les émotions pénibles il existe une certaine torpeur cérébrale : *la tête paraît vide*, selon l'expression des malades. Lange [1] explique pathogéniquement ces phénomènes par l'anémie encéphalique que produirait la contraction (?) des capillaires du tissu nerveux.

Ce qui est sûr c'est que tous les processus intellectuels sont ralentis et affaiblis chez le mélancolique : les perceptions, la mémoire, l'idéation, l'attention, le jugement, l'imagination même, la volonté surtout. Nous allons insister sur certains de ces troubles.

1. Lange, ouvr. cité, p. 43.

La mémoire, c'est-à-dire la faculté de rappeler les images mentales, est généralement affaiblie chez le mélancolique. Ce trouble retentit sur tous les processus psychiques et notamment sur ce qu'on a appelé de ce terme vague l'*idéation*, qui se confond en grande partie avec la reviviscence des images; car dans le travail intellectuel, ce qui sert le plus, ce ne sont pas tant les images nouvelles que les images anciennes.

La difficulté de l'idéation devient à son tour une nouvelle source de douleur morale. C'est elle qui provoque le vide psychique, l'inaptitude au travail intellectuel; aussi les malades déclarent-ils avoir perdu la mémoire, être devenus bêtes. Et quand le ralentissement du travail cérébral est considérable, les sujets ont souvent des crises de désespoir et d'anxiété.

Le trouble apporté dans le fonctionnement intellectuel par l'affaiblissement de la mémoire des mélancoliques, c'est-à-dire par l'effacement et la difficulté de reviviscence des images mentales, est donc considérable.

On peut diviser les images ou plutôt les idées en : idées abstraites, idées se rapportant à la personnalité du malade et idées se rapportant au monde extérieur parmi lesquelles certaines dépendent plus spécialement de l'exercice des sens et de la motricité. L'effacement des images se rapportant aux idées abstraites porte surtout son influence sur le juge-

ment des mélancoliques. La faiblesse des images à base organique, qui tendent à constituer la personnalité du sujet, entre pour beaucoup dans la production des idées hypocondriaques et notamment de négation, sur lesquelles nous avons insisté plus haut. L'effacement de celles se rapportant au monde extérieur amène une difficulté plus ou moins grande dans la reconnaissance des objets ou des personnes de l'entourage du malade.

Étudions maintenant le trouble des images sensorielles [1]. On sait que chaque sensation laisse un résidu qui est l'image mentale conservée par la mémoire. Chez les mélancoliques, les sensations sont faibles et par conséquent laissent une empreinte légère sur le cerveau; en outre elles éveillent difficilement les images analogues déjà emmagasinées. C'est ainsi qu'on peut expliquer ces cécités et surdités psychiques souvent observées chez ces malades. On sait en effet qu'ils se plaignent quelquefois de ne pouvoir comprendre la signification de ce qu'ils voient et de ce qu'ils entendent.

Certaines de ces images sensorielles, dont nous venons de parler, sont spécialisées en vue de la fonction du langage. Leur effacement provoque les diverses formes de l'aphasie. Ainsi on peut observer de la surdité verbale plus ou moins complète. Le malade comprend alors difficilement les sons ver-

1. Séglas, *Les Troubles du langage chez les aliénés*, 1892.

baux. Et pourtant il n'est pas sourd; car, si l'on produit un bruit en sa présence, il manifeste par des mouvements et par une coloration subite et passagère du visage qu'il a entendu. Mais il paraît incapable de rapporter à ces sons verbaux les idées qu'ils expriment.

D'autres malades, ayant conservé leur acuité visuelle, ne peuvent plus lire l'écriture. Ce qui les distingue parfois d'autres individus atteints de cécité verbale, c'est qu'ils ne semblent pas pouvoir reconnaître même les lettres alphabétiques; il s'agit alors de cécité littérale. Le fait est cependant très rare. On voit des mélancoliques, qui écrivaient fort bien avant le début de leur affection, essayer de tracer un mot et ne parvenir qu'à tracer quelques jambages sans signification; c'est l'agraphie. Quelquefois pourtant on reconnaît dans ces traits une ou deux lettres. Chez les musiciens, l'exécution instrumentale peut être aussi bien altérée (dysmusie) par suite de l'inhabileté manuelle.

Mais c'est l'articulation des mots qui est le plus souvent troublée. Les malades paraissent chercher les mots, sans doute parce que les images verbales motrices sont trop effacées pour permettre une parole aisée. Ce que l'on rencontre le plus fréquemment, c'est le langage à voix basse, parfois inintelligible, véritable chuchotement dans lequel le son fait presque défaut et où on aperçoit cependant les mouvements — très lents et à peine

accusés — des lèvres et des joues. De temps en temps, le sujet, dont on a fortement sollicité l'attention, profère quelques mots en laissant entre eux de longs intervalles pendant lesquels il semble faire des efforts considérables pour vaincre la difficulté de parler. Les malades atteints de mélancolie avec stupeur deviennent à un moment donné complètement aphémiques. Le mutisme des lypémaniaques peut encore avoir d'autres causes que le ralentissement psychique dont nous nous occupons ici; aussi y reviendrons-nous au chapitre suivant.

Ces différents troubles du langage sont surtout des conséquences du ralentissement psychique, et c'est pourquoi nous les examinons dans ce chapitre. Mais la douleur morale, poussée à un très haut degré, peut les produire. Toutefois la pathogénie ordinaire est dans cet effacement, ce ralentissement des images mentales lequel est un signe constant dans la mélancolie.

Les images motrices sont faibles aussi. Il s'ensuit des modifications dans l'attitude et les actes du mélancolique, qui ne peut pas concevoir nettement et par conséquent exécuter ses désirs. Ses mouvements s'accomplissent difficilement. Il lui est impossible de se livrer au moindre travail; le plus souvent il passe son temps dans un désœuvrement complet et parfois au lit. Par suite de la diminution de ses fonctions psycho-motrices, le malade perd toute confiance en ses forces. Il ne formule plus

de désirs parce qu'il lui est impossible d'en concevoir la réalisation. Souvent le malade exprime cette diminution de son pouvoir volontaire en disant : « Je voudrais vouloir, mais je ne puis. »

Cet affaiblissement des images motrices retentit en somme sur les processus de volition. Ce qu'on appelle la volonté c'est un acte psychique qui aboutit à un mouvement. Dans ce ralentissement général, ces tendances à des mouvements sont donc aussi atteintes. Aucune idée ne s'accompagne d'une énergie assez grande pour déterminer l'individu dans un sens plutôt que dans l'autre. Quelquefois pourtant un désir survient, mais il est aussitôt combattu par une idée d'impuissance. C'est ainsi que l'aboulie peut coexister avec des obsessions ; ce sont les deux faces du même phénomène. L'indécision est donc un trait caractéristique de l'état mental des mélancoliques. Ils sont incapables de faire un choix entre plusieurs actes qui s'offrent à eux, par exemple entre ces deux-ci : faut-il se lever ou faut-il rester couché? Le malade essaie de mettre pied à terre, mais il pense aussitôt : « Si je me lève, un grand malheur peut en résulter. » Alors il se recouche. Mais l'idée première revient : pourquoi rester au lit quand il est si tard? Les choses se passent ainsi à propos des actes les plus insignifiants de la vie.

Cette indécision, cette aboulie des mélancoliques se rencontre dans tous leurs actes. Ainsi ils appel-

lent la mort, ils la désirent sincèrement, mais sans avoir la force d'y recourir. Cependant il ne faudrait pas trop se fier à l'inertie de ces malades. Sous l'influence d'une crise de douleur morale, d'un raptus, le mélancolique le plus inerte, le plus apathique, est capable de se jeter par la fenêtre, de se précipiter la tête contre un mur ou de se plonger un couteau dans la poitrine.

Tous les processus psychiques, avons-nous dit, sont diminués. L'association des idées se fait lentement et mal [1]; beaucoup d'intermédiaires manquent, et il en résulte une incapacité de raisonner juste, d'embrasser dans un jugement un grand nombre de faits. L'attention est difficile. Les recherches de Obersteiner [2] et de Buc-

1. Les processus de propagation des excitations étant affaiblis chez le mélancolique, les mouvements musculaires, qui leur correspondent à l'état normal, ont peu de tendances à se produire; ainsi se trouve détruit chez le malade un lien entre les sensations et les mouvements musculaires qui leur sont habituellement associés. Par le sens de l'ouïe nous distinguons les bruits, les sons musicaux et articulés. Or l'audition des sons musicaux et de la parole provoque certains mouvements du larynx, des cordes vocales en particulier, et du thorax; en un mot, à l'état normal, les sensations auditives déterminent des contractions musculaires dans les organes de la phonation. Chez le mélancolique, absorbé par son idée-douleur, bien des sensations auditives passent inaperçues; aussi les mouvements musculaires correspondants ne se produisent que très faiblement. Ce qui s'observe pour la phonation s'observe aussi pour la mimique et pour l'écriture, dont les troubles dépendent en partie des altérations sensorielles.

2. Obersteiner, *Virchow's Archiv.*, B. IX, H. 3 et 4.

cola[1] tendent à démontrer que le temps de réaction pour les opérations psychiques élémentaires est considérablement augmenté chez les mélancoliques, — ce qui indiquerait une diminution de l'attention. Nous donnons plus loin les temps de réaction d'une mélancolique circulaire.

L'imagination est plus faible qu'il ne semble tout d'abord. Si certaines idées délirantes paraissent avoir une grande intensité, c'est qu'elles vivent dans un champ de conscience raréfié, où manquent les idées correctrices. Alors cette pensée peut facilement s'imposer au sujet sous forme d'obsession. On conçoit en outre qu'une conception de nature pénible, provoquée par l'état cœnesthétique triste, a toutes les chances de demeurer dans le champ de la conscience aussi longtemps que cet état ne se modifie pas. Elle s'imposera d'autant plus que l'idéation est ralentie et qu'aucune nouvelle impression ou représentation mentale ne viendra pas la chasser; elle donnera ainsi naissance à une véritable obsession.

Le ralentissement des fonctions psychiques peut, dans certains cas, aller jusqu'à l'arrêt complet. Il s'agit alors de la mélancolie avec stupeur, la *melancholia attonita* des auteurs allemands[2]. Dans ces faits

1. Buccola, Sulla micura del tempo negli atti psichici elementari, *Riv. sperim. di freniatr.*, 1881.
2. Roubinovitch, *Variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne*, 1896, p. 41.

les fonctions cérébrales sont plus profondément atteintes que dans les autres formes de mélancolie. En effet à côté de la difficulté extrême éprouvée par le malade pour penser, sentir et agir, on observe une tension du système musculaire tout entier. Aussi voit-on le malade garder la même attitude, être absolument immobile et résister à toutes les tentatives faites pour le déplacer, ne proférant aucune parole, ne manifestant par sa physionomie aucune émotion; il a, qu'il soit assis ou couché, l'immobilité d'une statue.

Il est des cas — les plus fréquents d'après l'opinion de Baillarger [1] — où cette stupeur cache un délire très actif de nature pénible; et l'on ne pourrait alors rattacher ces symptômes au ralentissement intellectuel. Cette théorie est basée sur deux ordres de faits. Les malades racontent, après guérison, qu'ils restaient immobilisés par un spectacle terrifiant ou par l'épouvante où les plongeaient des menaces de mort et de supplices; d'autre part on surprend quelquefois chez les mélancoliques stupides des paroles, des gestes qui paraissent en rapport avec des hallucinations ou des conceptions délirantes très pénibles. Or tout cela ne prouve pas que la pensée soit réellement très active, mais indiquerait plutôt que certaines images sont intenses.

1. Baillarger, De l'état désigné chez les aliénés sous le nom de stupidité, 1843, in *Recherches sur les maladies mentales*, 1890, t. I, p. 85.

Nous serions portés à croire que le sujet est, dans ces cas, en quelque sorte obsédé par des hallucinations ou des conceptions délirantes, qui s'imposent avec une grande force à son esprit et d'autant plus facilement que, dans le ralentissement général des processus psychiques, elles ne se trouvent pas en lutte avec d'autres images concurrentes. On peut en outre comprendre comment ces idées délirantes apparaissent. Nous avons dit plus haut que le mélancolique, se trouvant dans les conditions somatiques du remords, en arrive à croire qu'il a commis des crimes pour s'expliquer à lui-même ses sentiments. Mais s'il se trouve dans les conditions somatiques de la stupeur, c'est-à-dire de la terreur poussée au plus haut degré, on conçoit qu'il sera amené à imaginer involontairement des craintes ou des spectacles en rapport avec son état émotif. Quoi qu'il en soit de cette explication, qui peut être bonne pour un certain nombre de cas, nous devons admettre que la stupeur parfois s'accompagne d'un travail cérébral qui n'est pas toujours aussi actif qu'on le croit communément et parfois est évidemment lié à une suspension des processus psychiques. Dans les faits de ce genre le travail cérébral n'est peut-être pas nul; mais il est tellement faible que le souvenir n'en est pas gardé.

B. **Symptômes physiques**. — L'aspect extérieur des mélancoliques (fig. 1) révèle toujours plus

ou moins nettement, et quelle que soit la forme (excitation ou dépression) de la lypémanie, les deux symptômes psychiques que nous avons vus être constants : la douleur morale et le ralentissement psychique. C'est surtout l'arrêt physique, analogue à l'arrêt psychique, qui est, dans la sphère organique, caractéristique de la mélancolie. Il y a une diminution dans l'activité de tous les phénomènes somatiques, de tous les processus vitaux.

Les troubles sont cependant complexes, et certains faits semblent parfois en contradiction avec cet énoncé général ; c'est qu'il nous manque des intermédiaires explicateurs. Il paraît y avoir — pour les fonctions organiques — plusieurs manières de trahir une diminution d'énergie; et l'on comprend que certains phénomènes puissent être apparemment exagérés. Aussi déclarons-nous que nous n'avons pu isoler aussi nettement les symptômes physiques constants des variables, ainsi que nous l'avons fait pour les symptômes psychiques. D'autre part il y a des phénomènes de réaction, qui, par l'excitation qu'ils impriment à certaines fonctions, notamment à la respiration, à la circulation, à la calorification, masquent en partie — ou tout au moins durant un temps — la dépression physique habituelle.

A ce point de vue on peut établir une grande division parmi les mélancoliques : les uns ne réagissent pas — ce sont les stupides — et réalisent l'arrêt psycho-physique dans ce qu'il a de plus net; les autres,



Fig. 1. — Mélancolique.

les anxieux, réagissent au contraire[1] et manifestent

1. Dans ce cas on n'a plus affaire à la tristesse seule mais à d'autres émotions, la douleur active, la terreur, qui modifient l'aspect somatique.

de façon plus ou moins bruyante le travail psychique en rapport avec la douleur morale. Nous aurons souvent l'occasion de revenir sur cette division. Ajoutons encore que quelques stupides se rapprochent des anxieux par certains caractères physiques; ce sont probablement ceux chez lesquels existe un délire actif. Le travail cérébral, invisible pour l'observation clinique grossière, se trahit dans certaines modifications somatiques, respiratoires et circulatoires. D'autre part les anxieux ne sont pas toujours les mêmes; au moment des paroxysmes, les phénomènes somatiques liés à l'excitation cérébrale douloureuse sont différents de ceux qu'on observe à l'état de repos. Enfin l'anxiété peut survenir au milieu d'une période de stupeur; et cette dernière apparaît quelquefois après une crise d'anxiété. Ces incidents troublent l'aspect et la marche schématiques des deux affections mélancoliques opposées, la stupeur et l'anxiété.

Pour éviter les répétitions nous décrirons ici les troubles somatiques habituels des mélancoliques, réservant pour le chapitre suivant les troubles nettement variables, qui sont plutôt des complications. Et l'on verra que ces altérations somatiques communes donnent encore assez nettement l'impression de la loi d'arrêt général qui les réunit probablement.

La *physionomie* des mélancoliques exprime leur souffrance morale et leur défaut d'énergie. Les sourcils sont contractés, des plis verticaux se for-

ment immédiatement au-dessus de la racine du nez; le front présente des plis horizontaux par suite d'une contraction prolongée du muscle frontal; les angles de la bouche sont abaissés, la bouche elle-même est serrée; la face, vieillie, semble plus longue qu'à l'état normal. Quand une impression externe vient solliciter l'attention du mélancolique, aussitôt les sourcils et le front se contractent encore plus que d'habitude. Dans les moments où la douleur morale est à son paroxysme, le facies prend souvent une expression de souffrance plus aiguë, mais conserve toujours les caractères décrits plus haut.

Les mélancoliques se tiennent souvent couchés ou accroupis, le menton sur les genoux, ainsi que l'avait noté Guislain [1]. Cette attitude, où tous les membres extenseurs sont relâchés, montre à première vue l'affaiblissement de la puissance musculaire [2].

Cette diminution de la *motricité* se voit sur les traits affaissés du malade; elle se manifeste aussi dans son immobilité. Les muscles sont souvent animés de tremblements, ce qui indique que la contraction est hésitante et l'impulsion nerveuse faible. La parole est parfois tremblée, ce qui peut faire songer à la paralysie générale; la voix est en outre sourde, monotone, indistincte même dans la stupeur. On a

1. Guislain, *Leçons orales sur les phrénopathies*, 2e édit., 1880, t. I, p. 17.
2. Féré, *La pathologie des émotions*, 1892, p. 366.

dit que l'écriture des mélancoliques était lourde, hésitante, *rapetissée*, en opposition avec celle des maniaques qui serait hardie, rapide, de grandeur exagérée [1]; dans la folie à double forme, l'écriture pourrait présenter tour à tour ces deux aspects opposés, surtout en rapport avec le degré d'activité cérébrale. Mais nous n'avons pas pu vérifier ces faits. Ce qui est vrai c'est que les écrits des mélancoliques trahissent leur délire.

Les muscles sont d'ailleurs ordinairement amaigris et ont en général moins de vigueur. On peut le constater facilement — ainsi que nous l'avons fait — avec le dynamomètre, qui donne constamment des chiffres au-dessous de la moyenne. C'est que la pression de la main est un acte au plus haut point psycho-moteur; elle est d'autant plus faible que le pouvoir de représentation de l'acte à produire, c'est-à-dire en somme l'attention, est diminué ainsi que l'un de nous [2] l'a montré : « Les mélancoliques ne sont guère supérieurs dynamométriquement aux maniaques. Chez eux, ce qui trouble l'attention volontaire, c'est tantôt la prostration, la stupeur, tantôt au contraire l'anxiété. Toujours concentrés dans leur délire, ils se prêtent assez mal aux expériences auxquelles on désirerait les soumettre, et leurs pressions ne sont guère éner-

1. Féré, *La pathologie des émotions*, 1892, p. 368.
2. Ed. Toulouse, De la dynamométrie chez les aliénés. Comm. à la Société de Biologie, 3 juin 1893.

giques, puisqu'elles n'atteignent que 18,1 et 16,9 [1]. »

Le mélancolique ne *sait* ou ne *veut* pas serrer énergiquement; c'est pour cela qu'il ne le peut pas. L'image mentale du mouvement est chez lui trop faible pour provoquer une volition se manifestant par un acte énergique. Dans certains cas d'anxiété on peut obtenir des pressions dynamométriques temporairement plus élevées. C'est que la souffrance morale se décharge en quelque sorte dans une contraction brusque des muscles de l'avant-bras, qui devient un phénomène en tout analogue aux raptus. Ce qui montre bien que la pression dynamométrique est en rapport avec les conditions générales somatiques et psychiques de la tristesse, c'est l'observation des circulaires. Une de nos malades, circulaire, avait, dans ses périodes gaies, des pressions dynamométriques supérieures à celles des phases dépressives.

Parmi les symptômes physiques qui se montrent tout à fait au début de la mélancolie il faut noter les troubles du sommeil. Ce sont des insomnies rebelles ou des rêvasseries pénibles accompagnées souvent de réveils en sursaut. Dans d'autres cas, l'individu remarque que, même après avoir dormi, il se réveille le matin aussi fatigué que la veille au soir; le sommeil cesse alors d'être réparateur.

1. Les expériences ont été faites sur des femmes.

En même temps le malade accuse une céphalalgie plus ou moins intense et ressemblant singulièrement à ce que présentent beaucoup de neurasthéniques. C'est la même sensation de vide dans la tête, ou de pression excessivement pénible au niveau du front, de l'occiput ou des tempes. Cette céphalalgie peut être la conséquence de l'anémie cérébrale produite par une contraction permanente des vaisseaux qui, comme le supposent Meynert et Lange, se produit sous l'influence d'un état cœnesthétique triste. Peut-être est-elle aussi l'expression de la difficulté de plus en plus grande que le malade éprouve dans son travail cérébral.

La *sensibilité* générale des mélancoliques est souvent profondément modifiée. Il se sent, comme le neurasthénique, fatigué, courbaturé, brisé. Tout lui est pénible, tout est prétexte à des sensations désagréables.

Les troubles de la sensibilité cutanée sont fréquents, et probablement ne peut-on pas déceler les principaux, car souvent on ne trouve rien alors que l'état cœnesthétique est profondément altéré. Des hyperesthésies donnent lieu, dans certains cas, à de véritables névralgies. Ces dernières peuvent être le point de départ des paroxysmes d'anxiété ou de conceptions délirantes. Quelquefois on observe des anesthésies et des paresthésies, surtout dans la sphère du trijumeau (Schüle).

A ce point de vue les recherches de M. Kova-

levsky, professeur de médecine mentale à Varsovie, sont fort intéressantes. Voici ses conclusions : « Le mélancolique vit continuellement plongé dans sa tristesse, insensible aux impressions venant du dehors. Il faut une excitation très vive pour le sortir de sa concentration de plus en plus forte, il se développe chez lui petit à petit une insensibilité de tous les organes sensitifs. Cette insensibilité, qui est au début *fonctionnelle*, devient à la longue *organique*, par suite de la nutrition insuffisante des éléments cellulaires et aussi de la stase veineuse donnant lieu à un œdème qui comprime ces mêmes éléments [1]. » Tous ces troubles s'exagèrent chez la femme pendant les époques menstruelles.

La sensibilité sensorielle est ordinairement diminuée chez les mélancoliques. Dans la période d'excitation de la folie à double forme, Clouston [2] a remarqué que l'acuité visuelle et auditive était plus grande, tandis qu'elle l'était moins dans la période de dépression. De même la sensibilité réflexe est diminuée. Guislain [3] rapporte le cas d'un mélancolique qui n'éternuait plus avec le tabac à priser alors qu'en état de santé celui-ci provoquait facilement l'éternuement. La sensibilité génitale est affaiblie ; et Morel croyait même que beaucoup

1. P.-J. Kovalevsky, *Psychiatrie* (en russe), 1887, t. II, p. 7.
2. Clouston, *Clinical lectures on mental diseases*, 2[e] édit., 1887, p. 231.
3. Guislain, *Leçons orales sur les phrénopathies*, 2[e] édit., t. I, p. 192.

d'hypocondriaques étaient inféconds. Le sommeil est souvent court et peu réparateur, troublé par des cauchemars. M. Maurice de Fleury, qui a fait de nombreuses recherches sur les neurasthéniques, si voisines des mélancoliques, attribue leur insomnie à l'hypotension artérielle [1].

La *respiration* subit une altération très impor-

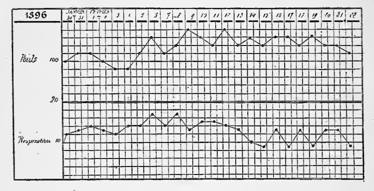


Fig. 2. — Dissociation du pouls et de la respiration chez un mélancolique.

tante dans sa fréquence et dans son rythme. Étudions ces modifications dans la mélancolie avec stupeur et dans la mélancolie anxieuse.

Le nombre des respirations est-il augmenté ou diminué chez les stupides? Marcé avait observé qu'il était diminué, surtout relativement au nombre des pulsations [2]. Il faut remarquer que pour Marcé la concordance normale entre le chiffre des pulsa-

1. Maurice de Fleury, *L'insomnie et son traitement*, 1894.
2. Marcé, *Arch. de médecine*, juillet 1855.

tions et celui de la respiration n'était pas tout à fait celle que l'on trouve d'habitude chez les gens bien portants. C'est ainsi qu'il avait trouvé qu'à 70 pulsations devaient correspondre normalement 24 respirations ; or ce dernier nombre est manifestement trop élevé. Quoi qu'il en soit de cette dissociation observable quelquefois (fig. 2), il reste l'opi-

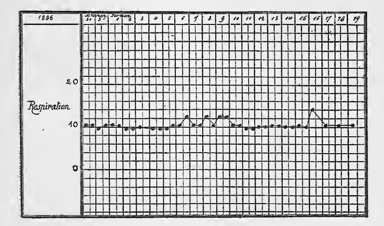


Fig. 3. — Ralentissement de la respiration chez un stupide.

nion de Marcé que la respiration se ralentit dans la stupeur. M. Pachon [1], qui a fait des recherches très consciencieuses sur ce point, arrive aux mêmes conclusions. Nous avons constaté d'ordinaire ce ralentissement (fig. 3), mais pas d'une façon constante. Nous avons même observé des cas où la respiration était très nettement exagérée ; il se pourrait que dans

1. Pachon, *C. R. Soc. Biologie*, 5 mars 1892.

les stupeurs à délire actif la respiration fût plus fréquente.

Le rythme est manifestement altéré dans la stupeur; — et il semble que le plus souvent l'amplitude est diminuée, sauf toujours les cas où il paraît y avoir un travail cérébral.

Dans la stupeur avec suspension plus ou moins complète de la pensée, la respiration serait donc en général peu fréquente et superficielle; ainsi que l'avait remarqué Marcé[1], « les inspirations, au lieu de se faire avec ampleur et régularité, au lieu de s'accompagner d'un soulèvement régulier des parois thoraciques et d'un murmure vésiculaire perceptible à l'auscultation, perdent tout à fait leurs caractères physiologiques. Le thorax se soulève à peine et le murmure vésiculaire est parfois tellement affaibli qu'il devient difficilement perceptible et même imperceptible dans de véritables *pauses* ou arrêts respiratoires : dans certains cas six ou sept inspirations très faibles sont suivies d'une inspiration plus forte, dans d'autres cas l'inspiration est habituellement peu longue, mais elle se fait d'une manière saccadée, comme si elle se composait de plusieurs petites inspirations secondaires. » Nous avons pu constater, dans nos observations, ces trois types différents de la respiration des stupides : le type superficiel (fig. 4) et le type avec

1. L. V. Marcé, *Traité pratique des maladies mentales*, Paris, 1862, p. 319 et suiv.



Fig. 4. — Respiration superficielle dans la stupeur[1] (16 secondes).



Fig. 5. — Respiration superficielle avec pauses et fortes inspirations périodiques dans la stupeur (17 secondes).

1. Le tracé se lit comme les suivants, de gauche à droite; la ligne ascendante représente l'inspiration.

fortes inspirations périodiques avec pauses (fig. 5), lesquels se succèdent souvent et paraissent n'être que deux moments différents de la même forme respiratoire [1]; enfin le type tremblé (fig. 6). Ce dernier type se rencontre surtout chez les anxieux; mais on peut l'observer aussi chez les stupides. Seraït-il plutôt en rapport avec la variété de stupeur qui s'accompagne de délire actif? C'est possible, car il paraît trahir la douleur. C'est la respiration de la personne qui pleure. Pour MM. Klippel et Boëteau [2] cette contraction saccadée indique un tremblement des muscles respiratoires, lequel serait toujours en rapport avec le tremblement des autres muscles du corps. En d'autres termes, la contraction musculaire a partout, chez un même individu, la même forme. Les paralytiques généraux, par exemple, manifestent des tremblements aussi bien dans leur parole que dans leur démarche et que dans leur respiration.

La diminution de la fréquence et de l'amplitude de la respiration chez les stupides amène une rupture de l'équilibre qui doit exister normalement entre la quantité de sang que le cœur envoie au

1. En effet on comprend que la respiration plus forte vienne par intervalles plus ou moins éloignés pour compenser les autres; elle est d'origine réflexe et elle est en quelque sorte nécessaire.

2. Klippel et Boëteau, Des troubles de la respiration dans les maladies mentales et en particulier dans la paralysie générale, *Mém. de la Soc. de Biol.*, 1892, p. 49.

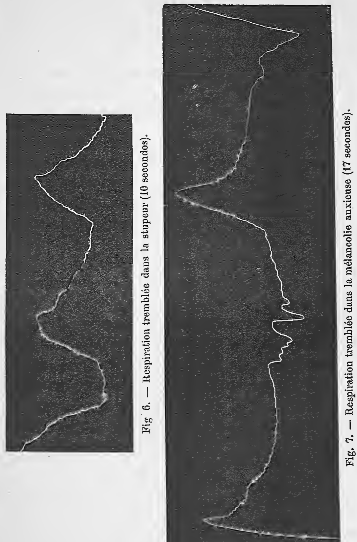


Fig. 6. — Respiration tremblée dans la stupeur (10 secondes).

Fig. 7. — Respiration tremblée dans la mélancolie anxieuse (17 secondes).

poumon et la quantité d'air qui arrive par les voies

respiratoires. La masse sanguine s'oxygénise moins; le sang veineux circule plus difficilement; le sang des capillaires est chargé d'acide carbonique — d'où chez les mélancoliques la cyanose du nez, des lèvres et de toutes les extrémités, d'où aussi l'abaissement de la température, la langueur de toutes les fonctions organiques.

Chez les anxieux, on observe encore plus de variété dans la fréquence et le rythme de la respition, à cause des modifications que les paroxysmes impriment à cette fonction. D'une façon générale cependant elle est accélérée, et principalement dans les crises d'agitation; mais elle peut être aussi ralentie. La forme de la respiration est surtout irrégulière; et les divers segments des tracés graphiques ne sont pas superposables. Elle est parfois superficielle; mais d'habitude elle est plus souvent ample. Ce qui la caractériserait dans les paroxysmes ce seraient son irrégularité et son tremblement (fig. 7). Elle trahit la douleur morale, tandis que la respiration superficielle manifeste surtout l'arrêt, la faiblesse de l'énergie psycho-physique.

En résumé, il est difficile de déterminer le type respiratoire des mélancoliques; c'est la conclusion à laquelle M. Pachon était déjà arrivé. Il varie selon que l'on a affaire à des stupides ou à des anxieux, et selon le stupide ou l'anxieux que l'on observe. Diverses causes momentanées très complexes pa-

raissent changer le rythme respiratoire chez ces malades. Toutefois il est possible, ainsi que nous l'avons fait, de dégager, pour les deux principales formes de la mélancolie (stupeur, anxiété), les types habituels, sinon constants.

Quelle est la signification de ces troubles respiratoires ? Ceux-ci sont-ils en rapport avec l'état émotionnel ou avec l'état d'activité cérébrale ? Nous

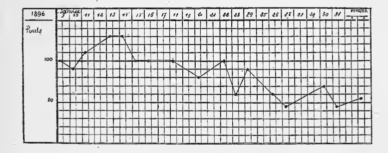


Fig. 8. — Pouls dans la mélancolie anxieuse.

inclinerions à admettre qu'ils sont ordinairement liés à cette dernière condition. L'arrêt intellectuel est certainement la cause, chez les stupides, du ralentissement et de la diminution d'amplitude de la respiration. De même l'excitation intellectuelle des anxieux provoquerait les phénomènes inverses. D'ailleurs, les émotions paraissent agir sur les fonctions organiques par les modifications qu'elles impriment à l'activité cérébrale (Binet et Courtier).

Les mêmes considérations s'appliquent aux troubles de la *circulation* dans la mélancolie. Les batte-

ments cardiaques sont en général affaiblis, de telle sorte qu'il est bien difficile de les enregistrer au cardiographe, qui suit plutôt les mouvements respiratoires.

Le pouls est d'ordinaire ralenti dans la stupeur, comme d'ailleurs dans tous les états de dépression [1] : c'est ce que nous avons pu constater dans nos observations. Notre circulaire S... présente un pouls plus lent et plus faible dans ses périodes de dépression que dans ses périodes d'agitation. Chez les anxieux le pouls serait plus rapide (fig. 8), plus encore dans les paroxysmes, mais non forcément.

La *tension artérielle* est d'une étude difficile. Nous nous sommes servis du sphygmomètre de Bloch, auquel on a reproché de donner des renseignements trop subjectifs et même faux. Le principe sur lequel il est construit a été attaqué, puisqu'il n'est pas prouvé ni même probable que la contre-pression exercée sur l'artère pour écraser le pouls mesure absolument la pression du sang. Peu importe, comme le font remarquer MM. Binet et Vaschide [2], pourvu que le sphygmomètre donne les différences de tension en rapport avec d'autres phénomènes physiologiques (activité cérébrale, émotions). En résumé, nous pensons que l'instrument

1. Guillaud, *Des périodes et du rôle du pouls sur l'aliénation mentale*, th., 1858. Voir aussi Huard, *Aperçu historique sur la sphygmographie*; *Résultats fournis par cette méthode dans l'aliénation mentale*, th. de Paris, 1892.

2. Binet et Vaschide, *Année psychologique*, 1897, p. 130.

de Bloch — à défaut d'autres pratiques — peut encore être utile dans des recherches de ce genre; s'il est subjectif, il l'est moins que la simple pression du doigt sur l'artère.

La tension artérielle est généralement faible dans les états mélancoliques [1] et surtout chez les stupides. Il semblerait que dans les stupeurs avec délire très actif la tension serait plus forte (Greenless, Whitwel) [2], bien que l'on sache que, chez les aliénés furieux, on peut trouver un pouls faible et déprimé (Morel [3]). Notre circulaire S... présente dans ses

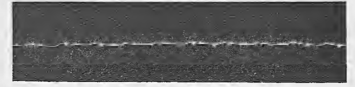


Fig. 9. — Pouls dans la stupeur.

périodes mélancoliques une tension inférieure à celle qu'elle a dans ses phases d'excitation. Enfin on sait que la tension artérielle augmente dans le travail intellectuel (Binet et Vaschide).

La forme de la pulsation artérielle varie encore avec la stupeur ou l'anxiété. La stupeur se caractérise plus que l'anxiété; les tracés indiquent géné-

1. M. Chéron et M. Maurice de Fleury ont constaté la même hypotension chez les neurasthéniques, qui se rapprochent des mélancoliques (Maurice de Fleury, *Épuisement nerveux*, ouvr. cité, p. 87).

2. In Féré, *La pathologie des émotions*, 1892, p. 361.

3. Morel, *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 455.

ralement une ligne ascensionnelle courte, ainsi que le témoignent nos observations (fig. 9). S..., la mélancolique circulaire, présente, dans sa phase d'excitation, un pouls ample, et, au contraire, dans sa phase de dépression, un pouls très contracté.

L'innervation vaso-motrice est aussi troublée, ainsi que le montre l'étude du *pouls capillaire*. Ce phénomène peut être mis en lumière avec l'excellent pléthysmographe de Hallion et Comte fixé sur les extrémités digitales, et enregistrant, sous forme de graphiques, les variations de volume en rapport avec la dilatation et la constriction des vaisseaux (pouls). Dans la mélancolie avec stupeur et arrêt psychique, le pouls capillaire est nul, tandis que dans l'anxiété on peut l'observer, quoique très rarement. C'est du moins ce que nous avons souvent constaté. S... nous a donné un pouls capillaire dans la période d'anxiété, alors qu'elle n'en présentait aucune trace durant sa période mélancolique.

Quelle est la signification du pouls capillaire? Il n'est pas sûr que son non-enregistrement soit toujours l'indice d'une vaso-constriction, bien que cela soit vrai le plus souvent. Mais à quoi est due cette contraction du pouls? A toute excitation cérébrale (travail intellectuel, émotions courtes), si l'on en croit les expériences de M. Binet et Courtier. Il paraît difficile d'admettre avec M. Dumas qu'elle serait le signe de l'arrêt psychique. La question doit donc être réservée.

Les conséquences de ces troubles de l'innervation vaso-motrice qui se manifestent le plus souvent chez les mélancoliques par la vaso-constriction ne se font pas attendre : la peau devient sèche, squameuse et les extrémites sont froides; ces dernières sont de plus le siège d'œdème par stase veineuse. Montanus avait constaté des taches scorbutiques et M. Ritti a décrit l'asphyxie locale des extrémités apparaissant durant la période dépressive des folies à double forme. On a aussi signalé chez les stupides une variété d'*œdème rouge* à évolution subaiguë [1].

Ces modifications de la peau et des membres donnent souvent à de jeunes mélancoliques l'aspect de vieillards. Une autre conséquence de cette innervation vaso-motrice défectueuse est l'anxiété précordiale, phénomène si fréquent chez les malades qui nous occupent.

La température du corps, qui est en rapport avec la faiblesse des processus nutritifs, est bien souvent au-dessous de la normale; elle atteint dans certains cas 36° et même quelques dixièmes au-dessous (Bechterew). Dans la mélancolie avec stupeur, Lamoure [2] aurait trouvé une température moyenne au-dessous de 36°. Dans les moments de réaction violente, la température peut monter. Mais d'une

1. Manheimer, *Tribune médicale*, 27 juillet 1896.
2. Lamoure, *De l'abaissement de la température dans la mélancolie avec stupeur*, th., 1878.

façon générale elle est au-dessous de la moyenne chez les stupides (fig. 10). La température périphérique est, dans la stupeur surtout, beaucoup plus basse que la température centrale; chez les anxieux

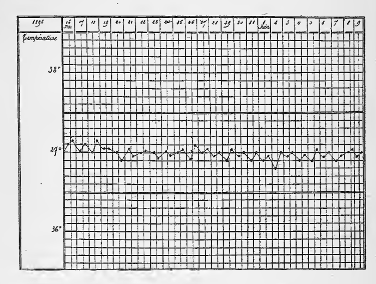


Fig. 10. — Température dans la stupeur.

la température normale est même au-dessus de la moyenne (fig. 11).

Les *sécrétions* sont ordinairement diminuées; cependant les extrémités sont quelquefois moites. L'œil est souvent sec malgré la grande douleur morale. La salive est épaisse, la langue est couverte d'un enduit jaunâtre, les sucs gastriques, parfois plus acides [1],

1. Pachoud, *Recherches sur la sécrétion gastrique chez les aliénés atteints de mélancolie*, in-8°, Lausanne, 1888.

moins abondants ou amoindris dans leurs propriétés, ne peuvent digérer suffisamment les aliments; d'où anorexie, perte d'appétit et refus d'aliments. Ces troubles sont souvent la base d'idées délirantes et entraînent dans tous les cas de l'amaigrissement.

Les fèces sont dures. Il en résulte une constipation opiniâtre qu'il faut parfois traiter par le curettage du bol fécal. Quelquefois, mais plus rarement, existe une diarrhée qu'on a attribuée à la dépression nerveuse. La sueur est aussi diminuée et altérée; la peau est sèche et sent mauvais. Cette altération de l'odeur expliquerait le fait narré par Alibert[1] d'un chien qui abandonnait son maître quand ce dernier était atteint de son accès de folie périodique et revenait à lui après la guérison de l'accès.

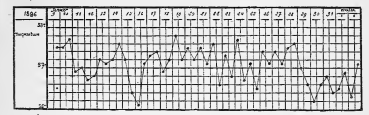


Fig. 11. — Température dans la mélancolie anxieuse.

La quantité des *urines* est ordinairement diminuée (fig. 12); mais, certains éléments diminuant aussi, la densité peut rester normale. La composition chimique en est altérée ; et l'on observe habituellement une diminution de l'urée, surtout dans les cas

1. Alibert, *Physiologie des passions*, 3[e] édit., 1837, t. II, p. 11.

de stupeur profonde, au contraire une augmentation de l'acide urique et des phosphates qui indique une grande désassimilation portant principalement sur le tissu nerveux; enfin le chiffre des chlorures baisserait. C'est à ces conclusions que nous sommes arrivés après quelques recherches faites, sur notre demande, par M. Tiffenau, interne

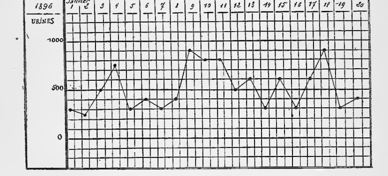


Fig. 12. — Urines diminuées dans la mélancolie.

en pharmacie de l'asile Ste-Anne, et résumées dans le tableau ci-après (p. 93).

Chez notre circulaire S..., ces altérations dans la composition de l'urine ne se rencontrent que dans l'état de dépression; l'urine est normale dans la phase d'excitation. En outre, pendant la période de dépression, on trouve de l'indican en quantité réellement exceptionnelle.

La glycosurie a été quelquefois signalée chez les mélancoliques. Schüle [1] rapporte un cas où le

1. Schüle, Irrefreund, 1883, n° 2.

Urines des mélancoliques (*Examens faits à deux reprises*).

INDICATIONS		QUANTITÉS NORMALES		HOMMES				FEMMES		
		Hommes.	Femmes.	M... stupide.	Ce... stupide.	Cr... stupide.	S... stupide.	Ca... stupide.	D... anxieuse.	T... stupide.
Densité.		1018 à 1020	1018 à 1020	1014 1016	1014 1018	1020 1017	1016 1026	1020 1019	1026 1025	1026 1013
Acide urique.		0 gr. 30 à 0 gr. 70	0,30 à 0,40	0,95 0,75	0,75 0.80	0,70 0,75	»	0,40 0,45	0,55 0,60	0,52 0,59
Urée par 24 heures.		24 à 30 gr.	20 à 28	32 26	24 19	19 12	24 14	9,25 9,50	21,15 20,25	12,75 8 »
Acide phosphorique.	Par litre.	1 gr. 65	1,50	1,66 2 »	1,40 1,80	1,20 1,60	3,50 3,90	2,25 2,50	2,10 2,30	1,80 1,95
	Rapport par litre à l'urée.	1/10	1/10	1/12 1/8	1/14 1/10	1/15 1/11	1/9 1/7	1/8 1/7	1/13 1/12	1/9 1/9
	Par 24 heures.	2 gr. 50 [1]	2,30	2,80 3 »	1,75 1,80	1,20 1,20	2,62 2	1,15 1,25	1,65 1,80	1,50 2,95
Chlorures en 24 heures (en chlorure de sodium).		10 à 12 gr.	8 à 10	7,80 7,35	11,70 8,25	3,70 3,45	7,15 3,65	2,80 2,75	3,25 3,10	3,8 3,10

1. Ces chiffres sont plutôt des maxima.

malade, guéri de sa maladie mentale, ne présentait plus de sucre dans ses urines. L'auteur suppose que les altérations du bulbe qui est à la fois le centre de l'innervation vaso-motrice et du diabète sucré, joue un rôle important dans la pathogénie de la mélancolie. Meynert [1] se rallie à cette interprétation. Enfin M. Kovalevsky [2] cite un cas de mélancolie avec stupeur au cours de laquelle la glucosurie apparaissait d'une façon intermittente.

Dans ces derniers temps, plusieurs médecins se sont beaucoup occupés de la question de la toxicité urinaire des aliénés [3]. On a essayé d'en déterminer les variations dans la folie, qui serait assimilée à une auto-intoxication, comme l'urémie par exemple. Cette théorie, inspirée par les travaux de M. Bouchard, explique certains cas. Il est évident que souvent les troubles mentaux sont l'expression d'une mauvaise nutrition, qui amène une élaboration exagérée ou une insuffisante élimination des substances toxiques et par suite des désordres psychiques. L'hypertoxicité urinaire, dans le cas de

1. Meynert, *Viertheljahrschr. f. Psych.*, B. 1.
2. Kovalevsky, Psychiatrie, t. II, p. 26.
3. Chevalier-Lavaure, *Des auto-intoxications dans les maladies mentales*, th. Bordeaux, 1890. — Mairet et Bosc, Recherches expérimentales sur la toxicité de l'urine des aliénés, *Arch. de Physiol.*, janv. 1892. — Régis et Chevalier-Lavaure, *Des auto-intoxications dans les maladies mentales*, Rapport au Congrès des aliénistes (La Rochelle, 1893). — Gilbert Ballet et Roubinovitch, Contribution à l'étude des auto-intoxications dans les maladies mentales, *C. R. du Congrès des aliénistes, La Rochelle*, 1893.

surproduction, l'hypotoxicité, dans le cas d'insuffisante élimination, seraient des signes objectifs de cette auto-intoxication. On a donc étudié dans les maladies mentales, et notamment dans les états mélancoliques, des variations de la toxicité urinaire pouvant expliquer les troubles mentaux. Ces recherches sont rationnelles; car les psychopathies et surtout la mélancolie sont ordinairement des maladies générales. Dans la mélancolie par exemple, les troubles psychiques peuvent ressortir à plusieurs causes; mais parmi celles-là, l'auto-intoxication — même si elle n'est que secondaire à d'autres processus morbides — doit occuper un rôle considérable. Malheureusement les recherches de la toxicité urinaire sont encore entourées de trop de difficultés pour que l'on puisse arriver à une conclusion répondant d'une façon satisfaisante à ces deux questions : 1° L'urine des mélancoliques est-elle plus ou moins toxique que l'urine normale? 2° A quoi est due cette différence toxique? Nous renvoyons pour plus de détails relatifs à ces deux questions au mémoire que l'un de nous a publié en collaboration avec M. Gilbert Ballet [1].

La *résistance électrique* est habituellement augmentée chez les mélancoliques, — ainsi que l'ont montré les recherches de M. Séglas [2] et de M. A. Vi-

1. Ballet et Roubinovitch, ouv. cité.
2. Séglas, *Société médico-psychologique*, juillet 1890.

gouroux [1]. C'est là un fait qui paraît commun à tous les états dépressifs et notamment à ceux consécutifs aux attaques épileptiques [2].

L'*hypoglobulie* est un phénomène que l'on observe fréquemment chez les aliénés (Erlenmayer). Elle serait plus forte dans les états mélancoliques [3], ainsi que l'ont mis en lumière les recherches de Seppili. Burckhardt [4] a remarqué que le sang des règles des mélancoliques est moins vif et plus brun que celui des maniaques.

Les *fonctions menstruelles* sont souvent arrêtées, surtout chez les stupides.

Il n'est pas jusqu'à la peau qui ne manifeste le trouble général de la nutrition. Le vitiligo est fréquent. D'autres fois, au contraire, on observe de la pigmentation exagérée; et la peau devient très brune. Les poils peuvent aussi changer de couleur.

Enfin, une dénutrition plus ou moins rapide est la conséquence de tous ces troubles fonctionnels. Il est probable que les centres trophiques eux-mêmes se ralentissent, comme tous les autres processus du système nerveux central, et qu'il en résulte aussi l'abaissement de la nutrition générale du malade. C'est ce que l'on peut constater en pesant les sujets.

1. A. Vigouroux, *Étude sur la résistance électrique chez les mélancoliques*, Th., Paris, 1890.
2. Féré, *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890, p. 216.
3. M. Maurice de Fleury l'a constaté aussi chez les neurasthéniques (*Épuisement nerveux*, ouv. cité, p. 87).
4. Burckhardt, in Schüle, ouvr. cité, p. 308.

Les circulaires sont précieux pour l'observation de ce phénomène. Notre malade S... maigrit constamment durant sa période de mélancolie et engraisse au contraire pendant sa phase d'excitation durant laquelle elle mange davantage. Chez les stupides, l'engraissement peut survenir à la longue. C'est un signe pronostique plutôt grave : la démence survient souvent dans ces cas.

Une des conséquences de cet abaissement de la nutrition, c'est une moindre résistance aux maladies infectieuses et notamment à la tuberculose qui, comme nous le disons plus loin, paraît être plus fréquente chez les mélancoliques. La pneumonie (Thore), la gangrène pulmonaire (Guislain) seraient de même plus fréquentes; et l'on peut admettre d'une façon générale que la fonction des phagocytoses est elle aussi ralentie.

Le gâtisme s'observe quelquefois chez les stupides.

Les signes physiques des mélancoliques ne se prêtent pas à des considérations générales et absolues. On peut dire en somme qu'il y a deux types : les anxieux et les mélancoliques. Chez les uns et les autres, certaines fonctions, comme la respiration et la circulation et peut-être quelques autres phénomènes physiques (température), paraissent en rapport avec un simple élément du syndrome clinique, avec le travail cérébral. Là où ce dernier est exagéré d'une façon évidente, comme dans l'anxiété, ou d'une manière cachée, comme dans la stupeur à

délire actif, il en résulte les mêmes conséquences; de même — et les conséquences sont inverses — partout où il est diminué. Cependant il ne faut pas oublier que le travail des cellules cérébrales peut ne pas se résoudre en phénomènes de pensée et se dépenser en un travail histo-chimique, lequel provoquerait les mêmes modifications dans les fonctions de respiration et de circulation, sans qu'il y ait d'hyperidéation. Dans la paralysie générale, par exemple, il y a un processus qui frappe les cellules nerveuses de l'encéphale et qui, sans provoquer toujours des phénomènes de conscience, paraît retentir sur certaines fonctions de l'organisme. Nous donnons d'ailleurs cette dernière opinion comme une simple hypothèse.

2. Symptômes variables.

A. **Symptômes psychiques.** — Nous allons maintenant étudier les symptômes de la mélancolie qui n'ont point la constance de ceux que nous venons de passer en revue, les symptômes variables, psychiques et physiques. Nous nous occuperons tout d'abord des premiers.

a. *Hallucinations.* — Confondues avec les illusions et les conceptions délirantes par les premiers observateurs, elles ont été de tous temps signalées chez

les mélancoliques. Mais les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence relative de ce phénomène. Michéa [1] l'avait constaté 45 fois sur 72 cas, c'est-à-dire dans la proportion de 62 pour 100. Plus récemment M. Revertégat [2] a apporté une statistique de 62 observations, sur lesquelles les hallucinations auraient été observées 23 fois, soit 37 pour 100. Nous n'avons pas fait de recherches statistiques analogues, car elles visent des faits hétérogènes.

Toutes les formes de la mélancolie ne fournissent pas un contingent égal d'hallucinations. C'est ainsi que si l'on consulte le chiffre de M. Revertégat [3], on constate que les hallucinations n'existent pas dans la mélancolie avec conscience (J. Falret). Présentée ainsi la formule est trop absolue. Car un état mélancolique peut s'accompagner d'hallucinations et cependant coexister avec une conscience peu ou pas altérée. Ce qui est vrai, c'est que la forme de mélancolie dite simple, et dont un des caractères est de ne pas se compliquer d'éléments hallucinatoires, n'en présente évidemment pas. La définition même exclut les cas où il y aurait des troubles sensoriels.

Des deux autres formes de mélancolie, la forme anxieuse se compliquerait moins souvent d'hallucinations que la forme dépressive (16 fois sur 30, au

1. Michéa, *Délire des sensations*, 1851.
2. Revertégat, *Contribution à l'étude clinique dans la mélancolie*, th., Paris, 1893, p. 94.
3. Id., ouvr. cité, p. 94 et 95.

lieu de 5 fois sur 5 d'après Revertégat). Ces faits-là sont très connus. Griesinger [1] avait signalé la fréquence relative des troubles hallucinatoires au cours de la mélancolie avec stupeur. De son côté, Baillarger [2] a montré que la stupeur s'accompagne souvent — toujours, disait-il — d'hallucinations très actives et de nature très pénible. Il est certain que cette remarque de Baillarger se vérifie fréquemment en clinique; mais cependant il est des cas — dans quelles proportions? il est difficile de le dire — où la stupeur ne paraît pas s'accompagner d'hallucinations. Il y aurait non pas suractivité cérébrale, mais au contraire ralentissement, arrêt des processus psychiques.

Les troubles hallucinatoires peuvent affecter les centres cérébraux sensoriels ou les centres moteurs. Dans le premier cas, on constate des hallucinations de l'ouïe, de la vue, de l'odorat, du goût ou du tact. Mais tous les sens ne sont pas aussi fréquemment atteints les uns que les autres. La vue et l'ouïe le seraient le plus souvent et presque également, si l'on en croit la statistique de M. Revertégat. Il semblerait que l'*ouïe* fournirait plus fréquemment des hallucinations que la vue. Mais là encore il y a des distinctions à faire. Tantôt on a affaire à des hallucinations élé-

1. Griesinger, *Traité des maladies mentales* (trad. Doumic), 1865, p. 270.

2. Baillarger, De l'état désigné chez les aliénés sous le nom de stupidité, in *Recherches sur les maladies mentales*, t. I, p. 72.

mentaires, à des perceptions de bruits, de sons vagues, plus ou moins nettement rapportés au milieu extérieur. Il s'agit probablement alors de troubles vasculaires ou autres atteignant le centre ou le nerf sensoriel et provoquant, par leurs irritations constantes, des bruits morbides. C'est le premier stade de l'hallucination ; et c'est là un phénomène fréquent au début de la mélancolie, plus fréquent même qu'on ne le croirait, parce que en général on ne le recherche pas avec soin. Un pas de plus et le sujet — interprétant davantage ses fausses sensations — perçoit des bruits ayant pour lui une signification plus nette, des cris, et aussi des voix. L'hallucination est alors auditive verbale. Souvent elle paraît s'être montrée d'emblée sous cette forme, alors qu'en réalité il a fallu un travail plus ou moins long pour que le sujet fabriquât peu à peu ses hallucinations et leur donnât une forme de voix. A ce moment l'hallucination auditive verbale est constituée ; elle alimente le délire, quand il en existe.

Presque toujours les voix disent des choses désagréables. Ce sont des insultes grossières, où se retrouvent constamment les mêmes mots orduriers. Ce sont des menaces, des avertissements sinistres, qui ne font que redoubler la dépression ou l'anxiété des malades. Parfois les voix sont reconnues ; mais souvent aussi elles appartiennent à des personnes étrangères, ou plutôt encore elles paraissent être celles des gens qui entourent le malade. A l'asile,

ce sont les voisins de lit ou de table, ce sont les gardiens, les médecins même qui parlent au malheureux mélancolique.

Les voix — est-il besoin de le dire? — entretiennent le malade de ses préoccupations habituelles, de ses affaires. Car l'hallucination ne crée rien, et toujours elle manifeste les idées et les connaissances intellectuelles du sujet; elle est donc *professionnelle* — au sens le plus large du mot.

Dans certains cas où l'automatisme psychologique va jusqu'au dédoublement de la personnalité, le malade dit qu'on lui vole ses pensées, qu'il ne peut songer à rien sans qu'aussitôt une voix ne lui répète à son oreille ce à quoi il songe. Dans d'autres cas on surprend des dialogues entre le sujet et des personnes imaginaires.

Les hallucinations auditives sont d'habitude bilatérales; mais elles peuvent n'affecter qu'un côté, surtout dans les cas où il existe une lésion sensorielle ou même du cerveau [1]. Et il peut encore arriver que les hallucinations atteignent les deux côtés, mais d'une façon différente. A droite ce sera des voix pénibles; à gauche des voix gaies et consolantes. Ce phénomène a été bien mis en lumière par M. Magnan [2]. On a voulu voir dans

1. Ed. Toulouse, Les hallucinations unilatérales, *Gazette des Hôpitaux*, 1892, p. 609. — Joffroy, Les hallucinations unilatérales, *Archives de neurologie*, 1896.

2. Magnan, Des hallucinations bilatérales de caractère différent suivant le côté affecté, *Arch. de neurol.*, 1883, t. VI, p. 336.

ces faits curieux l'exercice successif et indépendant de chaque hémisphère. Ces hallucinations peuvent agir sur les actes du patient. Les voix ordonnent le silence, qui est scrupuleusement gardé par le malade pendant un temps quelquefois long. Il n'est pas rare que les mélancoliques guéris racontent par exemple qu'ils ne parlaient pas parce qu'on leur disait : « Si tu dis un mot, on te tue ».

Le refus d'aliments peut avoir les mêmes causes; et le malade ne mangera pas parce qu'on le lui défendra, parce qu'on le menacera d'un malheur, ou parce qu'il entendra dire que les mets sont empoisonnés ou encore parce qu'on lui reprochera de se faire nourrir par d'autres. Des tentatives de suicide sont quelquefois commises sous l'empire d'hallucinations. Il n'est pas jusqu'aux raptus, à ces crises impulsives, souvent de nature panophobique, et parfois dangereuses pour l'entourage des mélancoliques, qui ne puissent être la conséquence de troubles hallucinatoires auditifs.

La vue est, après l'ouïe, le sens le plus souvent atteint par l'hallucination dans la mélancolie. Encore faut-il distinguer les cas où une cause étrangère à la psychose se surajoute pour produire le trouble hallucinatoire. Ce sont des faits de ce genre qui ont été bien étudiés par M. Magnan [1]. Un alcoolique

1. Magnan, De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné, *Arch. de neurol.*, 1880, t. I, p. 49.

encore fortement intoxiqué, une hystérique, un dément organique même sont des sujets qui construisent facilement des hallucinations de la vue, mais chacun pour des motifs différents.

Il est certaines formes de mélancolie où la *vue* est plus souvent atteinte. Cotard [1] avait en effet remarqué que, dans la mélancolie anxieuse, les hallucinations de la vue étaient assez fréquentes. On conçoit qu'elles doivent ajouter fortement à l'intensité du délire. La vue d'un supplice préparé est une chose autrement terrible que d'en entendre la menace. Aussi, quand les hallucinations de la vue apparaissent et mettent en scène des faits dramatiques, l'anxiété s'exagère. Cependant l'effet opposé peut être obtenu par l'émotion intense; et parfois le sujet assiste, muet et stupide d'effroi, à des spectacles pleins d'épouvante. Les hallucinations de la vue sont quelquefois élémentaires. Le malade voit alors des points noirs ou rouges rappelant plus ou moins des papillons, des mouches ou des flammes. Mais les hallucinations visuelles montrent d'autres fois des personnages et des scènes plus complexes. Il est commun d'observer le caractère pénible de ces hallucinations. C'est un incendie qui s'allume, un cimetière qui se déroule avec des cadavres couchés dans leurs linceuls, la mort d'un être cher, etc. Plus rarement on observe des hal-

1. Cotard, Du délire des négations (1882), in *Études sur les maladies cérébrales et mentales*, 1891, p. 325.

lucinations visuelles verbales. Une malade de M. Séglas [1] croyait voir nettement écrits sur le mur ces mots : *Tu es maudite!* L'odorat et le goût sont quelquefois lésés, et le sujet dit respirer des vapeurs infectes ou sentir des saveurs désagréables.

La sensibilité du tact peut être atteinte, ainsi que la sensibilité génitale [2]. Au moyen âge, les mélancoliques incubes et succubes étaient fréquents. Les altérations de la sensibilité viscérale expliquent ces sensations bizarres qu'on ne sait trop comment considérer, comme de simples perceptions douloureuses ou comme des interprétations délirantes (illusions et hallucinations). Souvent il n'est pas niable qu'on ait affaire à des hallucinations. Le mélancolique déclare qu'il a grossi, maigri et dans des proportions extraordinaires, alors que cela ne correspond nullement à la réalité. Parfois les mélancoliques disent qu'ils ont des viscères déplacés, obstrués et même absents. C'est là l'origine d'idées de négation. Dans d'autres cas, ils déclarent ressentir des courants électriques, des picotements, des vapeurs, des ondulations, etc.

Les *centres moteurs* sont quelquefois le siège de troubles hallucinatoires. Lorsque ce sont les centres des membres, il semble au malade qu'il se déplace, qu'il marche, cette illusion a surtout lieu dans la période intermédiaire à la veille et au sommeil.

1. Séglas, *Leçons cliniques...*, ouvr. cité, p. 327.
2. Schüle, *Leçons cliniques...*, ouvr. cité, p. 30.

Dans quelques cas — nombreux d'après M. Séglas [1] — le centre moteur lésé est celui de l'articulation des mots. Le malade dit percevoir une voix qui vient de la bouche; et parfois il remue inconsciemment les lèvres et la langue, ce qui prouve bien l'excitation du centre du langage. Ces hallucinations ont été étudiées par Baillarger [2] et surtout par M. Séglas [3], qui leur a donné le nom de *psycho-motrices*. Souvent ces voix paraissent sortir d'une autre partie que la bouche, soit par exemple du cou, de la poitrine, du ventre. On trouvera dans un travail de l'un de nous des renseignements [4] sur le côté clinique de cette question. Il est à remarquer que dans toutes ces régions il existe des muscles qui aident à la phonation et à la respiration, et l'on comprend que l'extériorisation de la sensation hallucinatoire centrale puisse se faire dans les muscles de la gorge, des cordes vocales et du diaphragme.

Toutefois il nous semble que l'on range, parmi les hallucinations psycho-motrices, des phénomènes

1. Séglas, *Leçons cliniques...*, ouvr. cité, p. 327.
2. Baillarger, Physiologie des hallucinations, in *Recherches sur les maladies mentales*, 1890, t. I, p. 395.
3. Séglas, L'hallucination dans ses rapports avec la fonction du langage, *Progrès médical*, 18 et 25 août 1888. — Id., *Les troubles du langage chez les aliénés*, collection Charcot-Debove, p. 119 et suiv.
4. Roubinovitch, Contribution à l'étude des hallucinations verbales psycho-motrices, *Ann. médico-psychol.*, 1893, t. XVII, p. 98.

qui ne peuvent pas s'expliquer par l'excitation du centre verbal d'articulation. Il est des individus qui disent entendre des voix dans l'intérieur de la tête, et des voix qui ne rappellent pas les voix entendues. Nous croyons que, dans les cas de ce genre, il s'agit réellement d'hallucinations psychiques au sens où l'entendait Baillarger, c'est-à-dire — pour employer les expressions modernes — d'images verbales sans forme bien distincte, n'étant nettement ni motrices, ni visuelles, ni auditives, et faiblement projetées à l'extérieur. Ce sont des images psychiques plus intenses que celles qui servent normalement au travail de l'idéation et qui donnent au malade l'illusion de phénomènes extérieurs. Quoi qu'il en soit, les hallucinations motrices verbales s'observent communément dans la mélancolie et sont parfois une des conditions psychologiques du dédoublement de la personnalité.

La pathogénie des hallucinations de la mélancolie est très obscure. On peut supposer que dans ce sourd travail morbide qui atteint plus ou moins tout l'organisme dans son fonctionnement, il y a de petites irritations suffisantes pour exciter les centres d'images sensorielles et motrices. Or comme le cerveau est privé de son pouvoir de contrôle, de par la diminution de la vitalité générale de toutes les fonctions, il règne une certaine anarchie. Les centres psychiques s'émancipent et sont livrés à l'automatisme, si bien décrit par Baillar-

ger[1] comme condition nécessaire à la production du délire et des hallucinations et que M. Janet[2] a bien étudié dans ces derniers temps chez les hystériques. C'est cet automatisme, c'est-à-dire l'exercice involontaire des facultés intellectuellles, qui crée les hallucinations et l'extériorisation des sensations.

b. *Idées délirantes mélancoliques.* — Le délire est un élément fréquent de la mélancolie, mais non constant. Il est des formes cliniques où les malades ne manifestent aucune conception délirante. Mais il en est d'autres — très nombreuses et variées — où les idées mélancoliques sont nettement délirantes. Sous leur apparente variété, il est possible de retrouver des caractères communs qui en font bien des expressions équivalentes d'un même état mental.

L'idée délirante mélancolique est de nature *pénible*; et quelque forme, quelque couleur dont elle se revête, c'est toujours une sorte de cauchemar. Tel malade se dit abandonné de tous; un autre croit que tous ses parents sont morts; celui-ci entend proférer des menaces terribles contre lui; celui-là est persuadé qu'on va dresser l'échafaud pour le guillotiner. Tous ces délires mélancoliques, avait remarqué Griesinger[3], ont le même caractère essentiel, c'est que les malades souffrent, et sont

1. Baillarger, Physiologie des hallucinations, in *Recherches...*, t. I, p. 490 et suiv.
2. Janet, *Automatisme psychologique*, 2e édit., 1894.
3. Griesinger, ouvr. cité, p. 268.

passifs, dominés, soumis à une puissance invincible. Loin de récriminer, comme le font sans cesse les persécutés, et d'essayer de tirer vengeance des personnes auxquelles ils attribuent les maux dont ils sont accablés, ils se soumettent, résignés. Et c'est là — on ne saurait trop le répéter — une des grandes différences cliniques que cette passivité opposée à la réaction agressive des persécutés.

En outre le délire des mélancoliques est *monotone* et *fixe*. « Ce qui, disait Marcé [1], caractérise à un degré plus avancé l'état intellectuel des mélancoliques, ce n'est pas seulement la nature toute spéciale de leurs conceptions délirantes, c'est encore la *monotonie* et la *passivité* de leur délire. Chez eux, l'imagination a singulièrement perdu de son activité. Loin de discuter leurs fausses conceptions, loin de chercher à les étayer de raisons ingénieuses et variées comme le font les monomaniaques, les mélancoliques, oppressés par la nature de leurs idées, se bornent à répéter les mêmes mots et les mêmes phrases. »

On a dit que le caractère du délire mélancolique était d'être *secondaire*. C'est ce que Griesinger [2] a mis en lumière. On a dit aussi que le délire mélancolique était *divergent*, et au contraire que le délire des persécutions était convergent. Ce sont là des appréciations un peu délicates.

1. Marcé, ouvr. cité, p. 315.
2. Griesinger, ouvr. cité, p. 269.

Enfin les idées délirantes de mélancolie peuvent parfois se *systématiser*, c'est-à-dire former un groupement homogène; et on les a même opposées aux idées délirantes de persécution. Mais elles n'ont pas la cohésion de ces dernières et sont toujours un peu confuses.

Tantôt ce sont les *idées de ruine* qui prédominent. Le patient est persuadé qu'il a tout perdu, son argent, sa position, sa situation dans le monde, et qu'il ne pourra jamais les rattraper; il en arrive à refuser parfois la nourriture sous prétexte qu'il ne peut la payer. Tantôt on observe des idées d'*humilité*. Le sujet déclare qu'il n'est rien, qu'il est un misérable, qu'il ne mérite pas les soins qu'on lui donne et il ne comprend pas qu'on s'intéresse à lui. De là à des *idées de culpabilité*, il n'y a qu'un pas; et ce pas est bien souvent franchi. Le sujet est alors un grand criminel. Il est la cause de tout le mal qui se fait sur la terre. Si des gens souffrent autour de lui, c'est par sa faute. Une malade d'un service d'hôpital, dont l'histoire a été racontée par M. Joffroy, s'accusait de contribuer à la fin de ses voisines de lit; c'était son haleine qui portait la mort autour d'elle.

Quelquefois ce délire d'*auto-accusation* prend une intensité particulière. Et l'on entend les malades se déclarer coupables de méfaits qu'ils n'ont jamais commis. Il est même arrivé que ces auto-accusations ont pu égarer la justice. Témoin le fait

observé par Morel [1]. Il s'agissait d'une femme qui s'accusa d'avoir essayé de faire assassiner son mari, alors qu'elle n'était pour rien dans ce crime; nous reviendrons sur cette observation très instructive.

Les cas d'auto-accusation chez les mélancoliques ne sont d'ailleurs pas rares. Mais on aurait tort de croire qu'ils se rencontrent exclusivement dans la mélancolie. On trouvera dans un travail de M. Séglas [2] des cas nombreux où ces idées délirantes étaient symptomatiques d'autres états psychopathiques. Chacun sait d'ailleurs combien elles sont fréquentes dans le délire alcoolique; et M. P. Garnier [3] a rapporté dans son intéressant ouvrage sur la *Folie à Paris* des faits très instructifs d'alcooliques auto-accusateurs. Deux observations nouvelles ont été publiées par l'un de nous [4]. Il est pour ainsi dire constant qu'après chaque crime retentissant des alcooliques viennent s'accuser d'en être les auteurs. M. P. Garnier put un jour mettre en présence l'un de l'autre deux ivrognes qui, persuadés tous deux d'être les meurtriers de Marie Aguettant, se traitaient mutuellement de menteurs. M. le Dr Magnan a montré un malade qui s'accusa pen-

1. Legrand du Saulle, *La folie devant les tribunaux*, 1864, p. 580.
2. Séglas, *Leçons cliniques...*, p. 349 et suiv.
3. P. Garnier, *La folie à Paris*, 1890, p. 103.
4. Roubinovitch, Sur le délire de persécution avec auto-accusation dans l'alcoolisme, *Annales méd.-psychol.*, 1894, t. XX, p. 128.

dant plusieurs jours d'avoir tué M. Constans, alors ministre. Mais les alcooliques ne sont pas avec les mélancoliques les seuls auto-accusateurs. Les paralytiques généraux, les déments séniles et les dégénérés s'accusent parfois aussi.

On peut se demander si, dans certains cas, ces auto-accusations ne prendraient pas leur origine dans un rêve du malade, qui se prolongerait plus ou moins longtemps dans l'état de veille [1]. Des esprits très sains ont été quelquefois victimes de cette illusion. Témoin Baillarger [2] qui rêve qu'un de ses confrères prenait la direction d'un journal de médecine. Le lendemain, il s'empresse d'annoncer la nouvelle à toutes les personnes qu'elle pouvait intéresser, lorsqu'à un moment il s'aperçut tout à coup qu'il racontait un songe. Mais, pour les mélancoliques, l'explication de ces auto-accusations est dans leurs tendances à rapporter à eux l'origine du mal dont ils sont les spectateurs.

Les *idées hypocondriaques* sont souvent associées au délire mélancolique. Baillarger [3] avait décrit un délire hypocondriaque qu'il croyait spécial aux paralytiques généraux. Mais c'était là une erreur ; et ce même délire appartient aux mélancoliques non paralytiques, ainsi que l'avait déjà observé Marcé [4] :

1. Faure, Études sur les rêves morbides, *Arch. génér. de méd.*, 1876, t. I.
2. Tissié, *Les rêves morbides.*
3. Baillarger, *Du délire hypocondriaque*, etc., ouvr. cité.
4. Marcé, ouvr. cité, p. 316.

« Les malades croient avoir le tube digestif obstrué, ils se plaignent de ne pouvoir uriner, d'avoir le fondement renversé, se préoccupent vivement des fonctions de tel ou tel organe, et trouvent dans ces craintes sur l'état physique de leurs viscères, un nouvel élément de délire. »

Certains se sentent transformés; et cette idée est bien décrite par la plupart des mélancoliques. « Ils sentent que tout est changé en eux et au dehors, et se désolent de ne plus apercevoir les choses à travers le même prisme qu'autrefois [1]. » Un malade de Griesinger [2] décrivait son état de la même façon.

L'aboutissant de ces perceptions différentes est quelquefois un ensemble de conceptions délirantes que Cotard [3] a décrites sous le nom de délire des négations. Marcé [4] avait observé des mélancoliques hypocondriaques, qui croyaient que leur corps était « vers le même prisme qu'autrefois [5] ». Un malade de Griesinger [6] décrivait son état de la même façon.

L'aboutissant de ces perceptions différentes est quelquefois un ensemble de conceptions délirantes que Cotard [7] a décrites sous le nom de délire des

1. J. Falret, *Études cliniques....*, 1890, p. 508.
2. Griesinger, ouvr. cité, p. 265.
3. Cotard, Du délire des négations, *Arch. de neurol.*, 1882, t. IV, p. 158, 282.
4. Marcé, ouvr. cité, p. 316.
5. J. Falret, *Études cliniques...*, 1890, p. 508.
6. Griesinger, ouvr. cité, p. 265.
7. Cotard, Du délire des négations, *Arch. de neurol.*, 1882, t. IV, p. 158, 282.

négations. Marcé [1] avait observé des mélancoliques hypocondriaques, qui croyaient que leur corps était décomposé et exhalait une mauvaise odeur, qu'ils n'avaient plus de bras, de jambes, et enfin qu'ils étaient morts. Cotard a étudié ces faits et a observé que, chez les mélancoliques anxieux anciens, il se développait un ensemble de symptômes qui imprimaient une marche chronique et incurable à la maladie. Nous étudierons ce délire plus loin dans le chapitre des variétés cliniques.

L'aboutissant de toutes ces idées délirantes de nature pénible est l'*idée de suicide*, qui, par les actes qu'elle pousse à commettre, est d'une importance capitale. La pathogénie de ces idées de suicide est des plus variées. Le désespoir, le remords, et surtout le désir d'être débarrassé des souffrances morales sont les causes psychologiques apparentes les plus habituelles du suicide. Parfois ce sont les hallucinations qui entretiennent ou provoquent brusquement ces idées morbides. D'autres fois c'est l'angoisse, cette douleur morale paroxystique, qui fait naître soudainement l'idée de suicide, comme elle provoque des raptus. Mais en général les idées de suicide ont une marche ainsi qu'un début lents. On a remarqué que souvent les idées de suicide revenaient avec plus de force au lever du jour ; est-ce parce que les mélancoliques dorment mal et se

1. Marcé, ouvr. cité, p. 316.

trouvent au matin plus fatigués, plus déprimés et par conséquent plus enclins aux idées tristes, ou est-ce au contraire parce que le jour venant donne une excitation plus grande à tous les processus psycho-physiques et par conséquent aux idées délirantes? Les deux opinions peuvent se soutenir. La contagion et peut-être l'hérédité semblent jouer un rôle dans l'apparition des idées de suicide chez divers membres d'une même famille, comme on le verra plus loin à propos de l'étiologie.

Il est à remarquer que les idées de suicide ont généralement la monotonie et la fixité de toutes les conceptions des lypémaniaques. Les malades les ruminent sans cesse et conçoivent des projets d'exécution plus ou moins compliqués. Mais souvent ces idées de suicide sont trop peu intenses pour se transformer en actes.

L'idée de suicide n'est pas incompatible avec la peur de la mort. L'une et l'autre coexistent même assez souvent chez les mélancoliques [1] bien que la chose paraisse au premier abord paradoxale. Mais chacun sait combien la peur d'une chose comporte un certain attrait pour cette même chose. Ce sentiment complexe est comparable à la crainte de tomber d'un lieu élevé qui produit souvent le vertige, lequel détermine la chute. «Par cela même, dit M. J. Falret [2],

1. Nicoulau, Thanatophobie et suicide, *Ann. méd.-psych.*, 1892, t. XV, p. 189.
2. J. Falret, *Études cliniques....*, ouvr. cité, p. 509.

que ces malades (les mélancoliques) ont la crainte d'être poussés malgré eux à faire du mal et qu'ils songent constamment à l'objet de leur crainte, ils s'y sentent comme invinciblement attirés... Plus on cherche à écarter une idée, plus elle s'impose volontairement à l'esprit. » Il faut aussi remarquer que cette peur de la mort est, chez certains sujets, tellement angoissante, tellement douloureuse, que les malades préfèrent la mort immédiate — qui est une manière de délivrance — à la continuation de leurs souffrances.

c. ***Idées délirantes associées.*** — Les idées délirantes que nous venons de passer en revue font partie de la symptomatologie habituelle de la mélancolie, non pas d'une manière constante, mais d'une manière habituelle pour la plupart. Il est d'autres idées délirantes qui sont plus rares et qui sont des éléments simplement associés aux conceptions nettement mélancoliques.

C'est ainsi que les *idées mystiques* s'observent quelquefois et orientent dans un sens religieux les idées délirantes. Si le malade se croit coupable, c'est envers Dieu, pour avoir transgressé les lois divines; ses fautes sont de celles que punit le plus sévèrement l'Église. Dans les cas de ce genre, il n'est pas rare de trouver dans l'éducation du sujet, dans le milieu où il a vécu, l'explication de ses conceptions. Parfois ces idées mystiques se

transforment en *idées de damnation*, qui ont la même signification, et qui, ainsi que les *idées de lycanthropie*, étaient très communes au moyen âge [1]. Dans ces époques troublées, combien de malheureux mélancoliques auto-accusateurs n'ont-ils pas été brûlés, payant ainsi de leur vie le crime d'être aliéné! Aujourd'hui ces délires ne se rencontrent plus guère que dans certaines régions [2] en dehors du mouvement des affaires et des idées.

Il est d'autres conceptions délirantes, les *idées de persécution*, dont l'association avec la mélancolie s'observe quelquefois, établissant ainsi des cas mixtes fort embarrassants pour le clinicien. Il peut être alors très difficile de décider que l'on a affaire à un délire de persécution ou à un délire mélancolique; et il est des faits qui représentent une association de ces deux formes mentales (obs. VIII). Les caractères diagnostiques différentiels de ces deux modalités psychopathiques ont été maintes fois donnés. On a schématisé et peut-être exagéré — pour une plus nette différenciation — les caractères opposés du persécuté et du mélancolique. Ce qui les distingue surtout c'est la manière dont ils réagissent. Tous les deux peuvent avoir des hallucinations de nature pénible, entendre des voix insultantes ou menaçantes. Tous les deux peuvent se croire les victimes

1. Calmeil, *De la folie...*, 1845.
2. Constans, Relation d'une épidémie d'hystéro-démonopathie, *Ann. méd.-psych.*, 1862.

de leurs parents, de leurs voisins, de la société. Mais l'un est une victime résignée, repliée sur elle-même dans son immense douleur, une victime qui s'humilie, qui s'accuse, qui croit expier quelque méfait. L'autre au contraire est une victime haineuse, qui se retourne contre ses persécuteurs avec toute son énergie ; qui est pleine d'orgueil et devient parfois fière même des persécutions qu'elle subit parce qu'elles indiquent une personnalité remarquable, illustre. Les deux délires ont la même base, les mêmes troubles hallucinatoires [1] ; mais les sujets interprètent leurs troubles morbides d'une façon tout opposée. On voit surtout dans cette différence de réaction la différence du caractère du malade ; de même dans la vie normale, tel est passif et tel autre agressif. Cette influence du caractère sur la couleur des idées délirantes a été bien étudiée en Allemagne et par M. Charpentier [2] en France.

Les *idées de grandeur* ne sont pas, tout au moins sous leur forme pure, propres à la mélancolie ; mais elles s'y observent quelquefois. Cependant la plupart des observations qui tendent à mettre ce fait

1. On a dit aussi — surtout en Allemagne — que l'idée mélancolique est secondaire, qu'elle vient comme une explication aux modifications psychiques conscientes du malade, tandis que l'idée de persécution est un fait primitif. On a dit enfin que le délire mélancolique est convergent et rapporte tout à la personnalité endolorie du sujet, et que le délire des persécutions est au contraire divergent.

2. Charpentier, Les idées morbides et les délires de persécution, *Ann. méd.-psych.*, 1887.

en lumière se rapportent à des malades qui sont plutôt des persécutés. Lorsque les vrais mélancoliques sont ambitieux, c'est toujours à leur manière. Ils sont de grands coupables, s'accusent de tous les crimes et de tous les maux de la création; et s'ils sont une puissance, ce n'est qu'une puissance mauvaise, infernale. C'est là le *délire d'énormité* décrit par Cotard [1] et qui se rencontre surtout chez les mélancoliques négateurs. Les malades sont en quelque sorte des ambitieux *à rebours*; car ce qu'ils ambitionnent ce sont des choses mauvaises, des défauts, la responsabilité d'actes horribles, monstrueux même, ainsi que cela s'observe dans la mélancolie avec délire des négations.

Nous avons examiné plus haut l'*obsession* dans ses rapports avec l'arrêt psychique et l'état cœnesthétique triste et comme conséquence de la mentalité propre à la mélancolie. On observe aussi des cas où des obsessions, tenant au terrain dégénératif du sujet, évoluent un peu en dehors de la mélancolie; c'est alors qu'on peut dire qu'elles sont associées à cette dernière. Les sujets sont par exemple des obsédés, qui tombent un jour dans un état mélancolique. Dans ces cas, rapportés par Séglas [2], il semble que les deux affections marchent parallèlement sans trop se ressentir l'une de l'autre.

1. Cotard, Le délire d'énormité (1888), in *Études sur les maladies cérébrales et mentales*, 1891, p. 374.
2. Séglas, *Leçons cliniques...*, p. 316.

Mais il peut arriver que l'état mélancolique provoque l'apparition d'obsessions et cela d'une façon temporaire, durant son évolution.

Obs. I[1]. — *Mélancolie anxieuse avec obsessions, idées mystiques et de persécution.*

Oa..., William, 41 ans, ancien shériff de Comté en Irlande, entré le 7 juin 1894 à l'asile Ste-Anne (service de M. le prof. Joffroy, à Ste-Anne).

Père mort à soixante-trois ans. Mère vivante, âgée de soixante-dix ans, très nerveuse ; aurait perdu la tête dans ces derniers temps. Grand'mère maternelle aliénée, morte dans un asile.

On ne sait rien sur les antécédents morbides de sa jeunesse. Intelligent, instruit, appartenait à une haute famille irlandaise; il a été nommé shériff de Comté à vingt-cinq ans. Toujours très religieux. Pas d'accès alcooliques ni de syphilis.

En 1887, il était shériff de Comté en Irlande. Il dut appliquer une loi très impopulaire qui dépossédait de leurs terres plusieurs grandes familles du pays, et il assista à des scènes violentes où le sang coula. Il se surmena aussi beaucoup, passant des nuits blanches au dehors. Puis, sa conscience lui reprochant de prêter la main à l'exécution d'une loi que tous ses compatriotes jugeaient inique, il donna sa démission de shériff, extrémité qui lui fut, malgré tout, très pénible. Il se fit alors receveur de rentes particulières, emploi qui lui rapportait des revenus équivalents à ceux de shériff. Mais les émotions et le surmenage des derniers temps avaient fortement ébranlé son cerveau ; et il paraît même avoir traversé une phase neurasthénique qui dura quelques mois. Il était alors et est encore poursuivi par le souvenir des scènes dramatiques auxquelles il assista.

1. La plupart des observations de ce travail ont été prises dans le service de notre maître, M. le prof. Joffroy, que nous prions ici d'accepter l'expression de notre vive gratitude.

En 1888, il vient en France sous l'empire d'idées nettement délirantes. Il avait peur d'être assassiné par les ennemis qu'il s'était faits durant ses fonctions publiques. Il vient aussi pour sauver la France menacée par les Allemands dans sa sécurité, car il croyait avoir une mission de la Sainte Vierge.

A Paris il ne recevait de ses deux frères que 1 600 fr. par an. Il ne travailla pas et se logea près du Panthéon. Il passait ses journées à Notre-Dame-des-Victoires, faisant dire des messes et brûler des cierges pour se protéger contre ses ennemis. Il ne mangeait pas dans les restaurants publics dans la crainte d'être fusillé ou poignardé. Il ne se sentait pas même en sûreté dans sa chambre. Cette conviction d'être assassiné ne reposait sur aucune hallucination, mais était et est encore tout intime.

Avec cela, il se croyait toujours appelé à jouer un rôle dans le relèvement de la France. C'est lui qui, par ses écrits et ses paroles, a fait chasser les espions allemands de France. Aussi est-il poursuivi par l'Allemagne. L'Impératrice Frédéric est venue à Paris aussitôt qu'il y est arrivé lui-même. Il est filé, poursuivi par des Allemands qui ont pour mission de le tuer.

Ces idées de persécution, mystiques et de grandeur, toujours persistantes, évoluent sur un fond mental nettement mélancolique, de tristesse et de découragement, d'angoisses perpétuelles, ainsi que le montre la lettre suivante écrite au médecin du service.

« Depuis longtemps je suis dans la plus grande et terrible angoisse d'esprit à cause de l'intime et terrible certitude où je suis d'être assassiné ou d'être poignardé, d'être empoisonné ou même d'être enlevé et d'être tué par je ne sais quel terrible moyen. Je n'ai pas de consolation ni de bonheur plus grand dans cette vie que celui d'être un enfant de la Sainte Église Romaine, d'être catholique. Pendant très longtemps, j'ai prié la Très Sainte Vierge pour mon salut éternel, et j'espère que bientôt elle m'accordera cette grâce si longtemps désirée. J'espère et je souhaite la voir bientôt au ciel, bien loin de toute tristesse. Je vois très clairement que la Très

Sainte Vierge m'a choisi et a fait de moi un instrument (cependant très humble) pour le relèvement de la France, pour servir et pour sauver la France de sa situation plus que grave, périlleuse et précaire à côté de l'Allemagne depuis la guerre de 1870, pour exposer les intrigues de l'Allemagne, pour chasser par ma parole et par ma plume les espions allemands de la France et pour empêcher toute nouvelle invasion ou possible invasion de la France de la part de l'Allemagne.

« Depuis longtemps je suis dans la plus grande angoisse d'esprit à cause de l'intime et terrible certitude que je suis d'être assassiné, et si la France me livre entre les mains de mes ennemis, je serai assassiné en prison. Je crois pouvoir dire que depuis la guerre de 1870, personne peut-être n'a fait davantage pour le relèvement de la France de ses malheurs. Mais je n'ai rien gagné. Je n'ai pas demandé la Légion d'honneur pour de grands et beaux services rendus pour toujours à la France, mais cependant je l'ai gagnée, et plus que gagnée, et très peu de temps montrera ce que j'ai fait pour le relèvement de la France.

« Gentilhomme irlandais d'un nom et d'une famille très ancienne et très honorable dans mon pays catholique, j'ai toujours et j'ai beaucoup aimé la France et tout le peuple Français. L'amitié et l'amour pour la France est naturel à tout Irlandais et doit aussi vivre au fond du cœur de tout Irlandais. Je ne parle pas des hommes sans Dieu, sans principes religieux, je parle seulement de bons catholiques, de bons fervents et fidèles catholiques de la Sainte Église Romaine.

« Mon nom restera et vivra dans l'histoire comme un des serviteurs de la France. Mon nom restera aussi dans l'histoire comme celui d'un Irlandais catholique et patriote aussi, le seul pour voir et exprimer la situation de la France en Europe depuis la guerre de 1870 et pour chasser par mes paroles et par ma plume les espions allemands de France.

« Mon nom restera aussi dans l'histoire comme celui d'un Irlandais patriotique et catholique aussi qui a

réveillé la France catholique plus que jamais aux intrigues et aux audaces de l'Allemagne, qui (espérons-le) a bien sauvé la France des intrigues de ses ennemis, de l'Allemagne, et qui de ses mains a empêché toute invasion ou invasion possible de la part de l'Allemagne. Oui mon nom restera et vivra dans l'histoire comme un des sauveteurs de la France, et bien que très humble et modeste même parmi les grands sauveteurs de France.

« Je crois avoir vraiment le droit de demander l'asile et la protection de la France, car si la France me livre entre les mains de mes ennemis, je serai assassiné soit en prison par les Anglais ou les Allemands. Je souffre depuis longtemps la plus grande angoisse d'être assassiné et voilà pourquoi je demande l'asile et la protection de la France.

« Mais c'est surtout dans la protection de la Très Sainte Vierge sous son vocable de Notre-Dame des Victoires que j'ai mis toute ma confiance. Je crois pouvoir dire que dans tous les siècles elle est la céleste protectrice et le soutien de tous ceux qui espèrent en elle et se confient en elle. Jusqu'ici c'est mon expérience. Elle est aussi la mère du Verbe Éternel et de ces pauvres malheureux gens, les fermiers et tenanciers irlandais. Et je me suis mis aussi sous sa protection pour toujours et elle ne me permettra pas d'être confondu. J'espère et je souhaite la voir bientôt au ciel bien loin de toute tristesse et j'ai la plus ferme conscience en elle pour mon salut éternel. Elle ne permettra pas de mourir à un de ses serviteurs et de ses enfants qui l'a si longtemps priée pour son salut éternel, qui a tout fait pour le salut et le relèvement de la France. Vous m'avez demandé des renseignements sur la santé de ma famille. Ma grand'mère (la mère de ma mère) est morte d'aliénation mentale. Ma mère est d'une constitution et d'une santé très faible et très nerveuse. Je crains moi-même de perdre la vue. Pour avoir le bonheur et la consolation de remplir mes devoirs religieux, je désire voir monsieur le curé les dimanches et je veux lui dire que je

désire beaucoup rester à l'asile en versant de mes rentes la pension mensuelle. Comme je suis rentier, je désirerais beaucoup même, avec permission, pour mon salut éternel, entrer le plus tôt possible dans un monastère.

« Comme je suis de naissance et de famille irlandaise, j'ajoute à mon nom celui de O'C...

« Depuis longtemps je souffre la plus forte angoisse d'être assassiné et je désire beaucoup vous voir pour vous expliquer plus longuement et plus largement mes grandes angoisses d'esprit. »

Cette lettre est intéressante à plusieurs égards. Elle montre nettement le caractère obsédant de ses idées délirantes. Elle est réellement éloquente dans ses répétitions de mots, qui trahissent d'autre part une certaine monotonie de pensée, comme cela s'observe chez les mélancoliques.

Parmi les symptômes physiques, il faut noter un léger tremblement des mains et des réflexes rotuliens exagérés. Le sommeil est agité par la crainte d'être assassiné. Les réflexes oculaires sont conservés ; il n'existe pas d'inégalité pupillaire, ni d'embarras de la parole.

Les *impulsions* sont assez fréquentes chez les mélancoliques. On a vu comment on pouvait les rattacher pathogéniquement à la souffrance morale et aussi à l'arrêt psychique, à l'aboulie (Schüle). Elles se manifestent sous forme de *raptus*, d'actes réflexes, conçus soudainement et exécutés avec la plus grande énergie. Leur violence est parfois très grande et peut devenir dangereuse pour l'entourage des malades. Souvent ce sont des mouvements de fuite ; d'autres fois des tentatives d'homicide en sont les conséquences.

Certaines de ces impulsions paraissent trahir un état de peur paroxystique; et on les a décrites sous le nom de *panophobie*. Fréquemment ce sont des hallucinations qui les provoquent. La vision de scènes terribles, d'assassins qui se précipitent sur le malade, des flammes d'un incendie qui va tout détruire, l'audition de menaces épouvantables plongent à un moment le sujet dans une terreur extrême. C'est alors que, pour se soustraire à ces spectacles et à ces poursuites, celui-ci veut fuir, se jette par une fenêtre ouverte ou au contraire dépense sa terreur en actes de brutalité sur les personnes qui l'entourent.

Chez les mélancoliques déséquilibrés on peut observer des impulsions analogues aux obsessions décrites plus haut. Voici un exemple d'impulsions à la masturbation.

Obs. II. — *Mélancolie avec impulsions diverses; masturbation impulsive; hérédité.*

Mme Du..., quarante-sept ans, entrée le 22 nov. 1893 à l'asile St-Yon.

Père nerveux, peut-être suicidé. Grand'mère paternelle morte de paralysie à cinquante-deux ans. Mère bizarre; mangeait du blé en cachette; morte d'un cancer à l'estomac. Grand'mère maternelle morte d'un cancer.

Toute jeune, elle a commencé à se masturber. On lui a dit que, lorsqu'elle était au berceau (elle avait un an environ), on la trouvait se frottant les jambes l'une contre l'autre. Elle était parfois trempée de sueur, par suite des mouvements qu'elle faisait. Depuis qu'elle a des souvenirs personnels, elle se rappelle s'être livrée toujours à ce vice. Réglée pour la première fois à

treize ans, elle a continué à se masturber, mais pas plus qu'auparavant. Au moment de l'écoulement menstruel, elle n'était pas plus portée que dans les autres moments. Elle a toujours eu un caractère à se faire du « mauvais sang ». C'est lorsqu'elle était portée à la tristesse qu'elle se masturbait davantage; selon que la contrariété était forte, elle recommençait plusieurs fois de suite, jusqu'à ce qu'elle fût anéantie et qu'elle ne pensât à rien. Elle se masturbait avec la main et se touchait le clitoris. Elle n'a jamais rien fait entrer dans son vagin.

Mariée à vingt-trois ans. Elle ne détestait pas son mari, mais elle n'était pas très portée vers lui. « Dans ces maladies-là on n'aime pas », selon ses expressions. Elle a continué à se masturber après son mariage; car elle sentait rarement quelque chose avec son mari. Quand « cela la prenait », elle le faisait devant ce dernier. Ces impulsions lui venaient par crises; et elle restait quelquefois plusieurs jours sans y penser. Elle répète que ce n'était pas par passion, mais pour dominer ses contrariétés. Elle ne savait pas pourquoi elle le faisait. Il lui semblait qu'elle devait se masturber. Lorsque l'idée lui venait, elle essayait quelquefois de lutter; mais elle sentait une force irrésistible qui la poussait. Elle se sentait oppressée, brisée. Dès qu'elle succombait et qu'elle se livrait à la masturbation, elle se sentait soulagée.

Mais ce genre d'obsession n'est pas le seul qu'ait ressenti la malade. Quand elle était jeune, elle ne pouvait pas entendre parler de crimes. Car il lui semblait qu'elle avait l'idée d'en commettre un, même sur la personne de sa mère. Au moment de la puberté, elle avait des idées de se jeter dans un précipice, un fossé ou un puits. Quand elle passait dans leur voisinage, elle se sentait comme entraînée à y tomber. A la suite d'une couche, à trente-quatre ans, elle a eu la tentation de tuer son enfant. Elle a fait dire des prières par des amies pour être débarrassée de cette obsession.

La malade est sujette à des scrupules. Quand les personnes de son entourage étaient malades, elle craignait avoir laissé une allumette dans leurs boissons. Lors-

qu'elle était jeune, elle se confessait souvent et craignait toujours avoir oublié quelque péché. Il lui arrive de revenir plusieurs fois dans un appartement pour savoir si elle n'y a pas mis le feu ou de regarder plusieurs fois si elle a fermé une porte. Elle était douteuse en toutes choses. Quand elle s'est mariée, elle est restée plusieurs jours dans la crainte rétrospective de ne pas avoir signé le contrat. Elle est consciente de la nature morbide de toutes ces idées et déplore son état.

Elle est entrée à l'asile pour une période de mélancolie, dans laquelle elle est depuis quelques semaines. Dépression psychique et physique; découragement profond; désir de mourir; pas d'hallucinations.

d. *Actes.* — Nous avons décrit plus haut l'attitude et les gestes des mélancoliques, qui sont des symptômes de l'état mental. Il nous reste à étudier quelques actes qui s'observent plus ou moins fréquemment au cours de la mélancolie.

Le *mutisme* est un de ceux-là. L'application du mot acte à ce symptôme paraît au premier abord illégitime, car il semble que le silence soit l'opposé d'une action. Et cependant le mutisme est quelquefois une véritable action; le sujet veut ne pas parler et conserve — dans un véritable effort — son attitude de silence pendant un temps plus ou moins long.

On rencontre le mutisme dans toutes les formes de la mélancolie; mais il est beaucoup plus fréquent dans la forme qui s'accompagne de stupeur. C'est là qu'il est le plus durable; et il n'est pas rare d'observer des stupides qui restent des mois sans

parler. Les anxieux sont plutôt loquaces; mais il leur arrive de se renfermer tout à coup dans un silence plus ou moins obstiné.

Généralement, le mutisme mélancolique n'est pas absolu et n'a pas une marche suivie. En effet, il est rare que le mélancolique reste totalement silencieux. Cela se voit cependant, et alors le diagnostic avec l'aphasie et surtout le mutisme hystérique peut être posé. A l'encontre des aphasiques, le mélancolique n'essaie pas de parler; et sa figure exprime soit une hébétude et une indifférence complètes, soit une volonté entêtée de ne rien dire. A l'encontre des hystériques, qui sont souvent muets et aphones, la physionomie du mélancolique n'est pas éveillée et il n'essaie pas d'écrire spontanément pour satisfaire le besoin de s'exprimer commun à ces névropathes.

Mais en clinique, nous le répétons, les faits se présentent très rarement ainsi et le mutisme mélancolique n'est pas absolu. On peut leur faire dire une parole, en les pressant, en les tourmentant; et alors un mot prononcé indique qu'ils ne sont ni muets ni aphones. Souvent, en outre, cette parole trahit le délire. C'est une exclamation de douleur, une malédiction, un mot enfin qui met sur la voie de la maladie. Cette simple parole peut encore permettre au médecin de rejeter l'hypothèse d'un mutisme chez un persécuté. On sait, en effet, que les malades atteints du délire des persécutions se renferment

parfois dans un mutisme volontaire très tenace, beaucoup plus tenace même que celui des mélancoliques. On en a vu rester silencieux et dérober leur délire à toutes les investigations, durant des mois et des années. Si, dans les cas de ce genre, on obtient une parole, celle-ci est souvent un mot de défiance, de haine, d'orgueil. C'est ainsi qu'en clinique mentale le fait le plus minuscule permet à l'observateur sagace de formuler un diagnostic. Mais même si le mutisme était absolu et tenace, la physionomie abattue de l'un et l'air méfiant de l'autre pourraient mettre sur la voie de la vérité.

Le mutisme mélancolique n'a pas en outre une marche suivie. Il n'apparaît pas d'emblée comme dans l'hystérie à la faveur d'une émotion; et, même dans les stupeurs développées brusquement, les phénomènes de dépression précèdent généralement le mutisme. Puis ce dernier a une durée assez indéterminée, mais souvent avec des périodes plus ou moins longues où la parole revient, suivant en quelque sorte l'état physique et mental. Dans l'hystérie encore la même brusquerie termine ordinairement le mutisme.

Voici un cas de mutisme hystérique très nettement établi, qui en a imposé pour un mutisme mélancolique et a fait interner le sujet, d'ailleurs incapable de pourvoir à ses besoins, ce qui justifiait pleinement son admission dans un asile.

Obs. III[1]. — *Mutisme hystérique faisant croire à un mutisme mélancolique. Hérédité.*

Pa..., Paul-Emile, cinquante-huit ans, infirmier, entré le 21 février 1895 à l'asile Ste-Anne (service de M. Joffroy).

Père mort à quarante-deux ans, victime de son dévouement à la catastrophe du pont d'Angers. Il était, paraît-il, sobre et bien portant. Mère morte à quarante-huit ans, d'une affection cardiaque (?). Du côté maternel, on trouve deux cas d'affections cérébrales ? Le grand-père est mort en démence à soixante-dix ans et la grand'mère est morte de paralysie générale. Un frère est mort à trente-deux ans de paralysie générale. Un autre frère, mort au Sénégal à vingt-trois ans, a eu des convulsions pendant sa première enfance.

A dix ans : fièvre typhoïde. A dix-neuf ans : fièvres intermittentes en Afrique.

Le début de l'affection nerveuse actuelle remonte à l'âge de quarante-quatre ans. A la suite d'une grande peine morale et matérielle (sa femme l'avait quitté en emportant tout ce qu'il possédait et en le laissant dans un complet dénûment), il a eu sa première attaque d'hystérie, avec sensation de la boule, serrement à la gorge, battements dans les tempes, perte de connaissance, convulsions cloniques. Revenu à lui, il ne pouvait plus parler, quoiqu'il se fît très bien comprendre par écrit et par les gestes. Il a été transporté à l'hôpital, où son mutisme hystérique en impose pour un accès de folie avec idées mélancoliques et refus d'aliments; aussi a-t-il été dirigé sur un asile, où il est resté de 1880 à 1884, avec les accidents de mutisme. Puis, un jour, la parole lui est revenue brusquement et il s'est mis à parler aussi bien qu'autrefois.

Il quitte alors l'asile, reprend sa vie ordinaire, retrouve sa femme et, pendant deux ans, de 1884 à 1886,

1. Une partie de l'observation de ce malade a été publiée par Charcot dans ses *Leçons du mardi*, 1888, et dans la Thèse de M. E. Rabiner, *Du mutisme et du bégayement chez les hystériques*. Paris, 1896.

jouit d'une parfaite santé. Puis, de nouveau, sa femme le dévalise et le quitte. Nouvelle attaque d'hystérie, suivie de mutisme. Cette fois, il entre à l'hospice. Au bout de quinze mois, le chef de service a organisé pour lui une surprise en faisant venir à l'insu du malade sa belle-sœur; cette visite inattendue et très agréable le fait immédiatement sortir de son mutisme.

Plus tard, à sept reprises différentes, il retombe malade à la suite de contrariétés et guérit sous l'influence d'un événement heureux.

Actuellement le mutisme est un peu moins accusé. Il prononce quelques mots après des efforts considérables; son débit est excessivement rapide; il a dit les mots suivants : « Cha-cot (Charcot), Non (Guinon), moutin (Moutard-Martin); parce que, je; toujours on a; regardez-donc ; et puis... oui ; quoi ça ; sacré ; Ah ; non... » — Il s'explique très bien par écrit; il comprend parfaitement ce qu'il lit; il essaie de prononcer les mots écrits; ainsi, nous l'engageons à lire à haute voix le mot « Observation »; il lit : Ob-ser-va-ti.....on, lentement, en s'arrêtant après chaque syllabe et en faisant à chaque fois une profonde inspiration.

Il existe aujourd'hui une hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle droite, à l'encontre de ce qui a été noté antérieurement. L'examen des yeux (25 février 1895) a montré que les réflexes accommodateurs étaient très faibles; qu'il y avait de l'hypermétropie et de la presbytie pour les deux yeux également. Il ne reconnaît pas les nuances faibles du violet; rétrécissement du champ visuel de chaque côté. Pas de scotome central. Diplopie monoculaire à droite. Réflexe patellaire gauche normal, le droit est très affaibli.

Au *cœur* : une grande irrégularité du rythme cardiaque; pas de bruits de souffles; douleurs fréquentes dans la région précordiale. Hémicéphalalgie gauche très tenace.

Son *état mental* ne paraît pas actuellement très modifié; la mémoire est bonne; pas de conceptions délirantes ni d'hallucinations.

Les causes du mutisme mélancolique sont assez nombreuses. Quelquefois c'est l'excès de souffrance qui semble le produire; le sujet est alors prostré, dans une de ces grandes douleurs *muettes*, comme on en éprouve après de terribles émotions. D'autres fois, ce sont les hallucinations qui enchaînent la langue du sujet. Celui-ci entend une voix qui lui dit : « Si tu parles, tu es mort »; ou bien il assiste à des spectacles épouvantables. La crainte, l'effroi suspendent sa voix, et il demeure cloué sur son siège, muet et comme pétrifié. Parmi ces hallucinations, il en est — les hallucinations motrices verbales — qui agiraient d'après un autre mécanisme [1]. Stricker a fait cette remarque que, s'il était possible de penser à deux mots différents en utilisant deux images verbales *différentes*, par exemple une visuelle et une motrice, on ne pouvait le faire avec deux images motrices. Ainsi les hallucinations motrices verbales empêcheraient la parole; car le sujet ne pourrait se servir à la fois d'un groupe d'images motrices pour ses hallucinations et d'un autre groupe pour sa parole. Ce serait là une cause — peu fréquente, il faut l'avouer — de mutisme chez les mélancoliques.

Enfin une cause assez importante de mutisme dans la mélancolie est l'effacement des images verbales. Il en résulte une variété d'aphasie [2] ou plutôt

1. Séglas, *Leçons cliniques...*, ouvr. cité, p. 338.
2. Séglas, *Les troubles du langage chez les aliénés*, p. 100 et suiv.

de paraphasie. Le sujet ne comprend plus, ou mal, le sens des mots qu'il entend prononcer. Il a les plus grandes peines à coordonner les images qui doivent concourir à la compréhension. C'est donc et surtout un paraphasique. Mais on conçoit aussi que cet effacement des images verbales doit être souvent pour beaucoup dans le mutisme plus ou moins volontaire des malades. Le mélancolique est prostré; d'autre part, il n'a à sa disposition que des images verbales motrices faibles, presque effacées. L'effort lui coûte, et il reste silencieux.

Un phénomène qui se rapproche par sa pathogénie du mutisme, c'est l'*abasie* [1]. Les malades ne peuvent marcher, bien qu'ils aient conservé leur force musculaire et qu'ils puissent se servir de leurs muscles pour d'autres actes que pour la marche et la station debout. Les malades observés par Charcot et Blocq, qui ont étudié les premiers cette maladie, étaient des hystériques. Ces auteurs admettaient qu'il existait chez eux un effacement des images motrices nécessaires à la marche. La malade de M. Séglas était surtout une émotive; et l'obsession de ne pouvoir marcher paraissait la cause prochaine de l'abasie. Toutefois, si ces abasies émotionnelles peuvent se rencontrer dans la mélancolie, il est légitime d'admettre que, dans cette maladie, l'efface-

1. Blocq, De l'astasie et de l'abasie, *Arch. de neurol.*, 1888, t. XV, p. 24 et 187. — Séglas, *Leçons cliniques...*, ouvr. cité, p. 792 et suiv.

ment, la faiblesse des images motrices joue un rôle dans la production de l'astasie-abasie. C'est d'ailleurs là un phénomène des plus rares ou peut-être peu recherché.

Le *refus d'aliments* est un fait assez commun dans l'histoire des mélancoliques. Il s'observe tout aussi bien dans les formes anxieuses que dans les formes stupides, mais plus souvent dans ces dernières. Seulement, dans la stupeur, les malades sont plus dociles ou plus passifs et résistent moins aux efforts tentés par les médecins pour leur faire prendre de la nourriture par la voie naturelle ou artificielle.

Les causes du refus d'aliments sont dans certains cas des idées délirantes. Les malades se croient ruinés et ne veulent pas prendre des aliments qu'ils savent ne pouvoir pas payer. Ils sont, disent-ils encore, trop criminels pour manger; et en se laissant mourir de faim, ils pensent expier leurs fautes. D'autres fois, ce sont des voix qui leur commandent d'agir ainsi ou qui les menacent des plus grands malheurs s'ils prennent de la nourriture. Quelquefois ils ont peur d'être empoisonnés. Enfin, dans certains cas, les malades ne veulent pas manger sans motif bien clair; ils résistent dans cette sorte de *folie d'opposition* qui les caractérise.

Les troubles somatiques sont en général la base et de ces idées délirantes et du refus d'aliments. Il est à noter que les fonctions digestives sont très

altérées chez les mélancoliques, qui bien souvent refusent de manger tout simplement parce qu'ils n'ont pas faim, parce qu'ils ont perdu la sensation d'appétit. Cette hypothèse — la plus simple de toutes — est quelquefois rejetée en faveur d'autres beaucoup plus problématiques.

Le refus d'aliments des mélancoliques est variable dans son évolution. Parfois il s'installe assez brusquement, d'autres fois il est précédé par une période où le dégoût du malade pour la nourriture se prononce progressivement. Tout d'abord c'est la viande qui est mise de côté, puis tel autre mets. A de certains repas, le malade s'abstient de toucher aux plats. A ce moment la sitiophobie est constituée et devient totale, absolue. Le malade se laisserait presque mourir de faim plutôt que de manger. Quand le sujet est dans sa famille, il peut rester quelques jours sans rien accepter. L'haleine devient fétide, la langue et les lèvres se recouvrent de fuliginosités, le dégoût des aliments s'accentue à mesure que dure l'abstinence. Le malade est ainsi dans un cercle vicieux. Cet état de dénutrition, d'inanition est une base très favorable à la production et à l'aggravation du délire qui à son tour peut entretenir le refus d'aliments. La sitiophobie n'est pas toujours constante et parfois elle alterne avec des phases de gloutonnerie [1]. Elle serait alors la mani-

1. Schüle, *Traité clinique....*, ouvr. cit., p. 30.

festation d'une de ces impulsions brusques, auxquelles sont sujets les mélancoliques.

La sitiophobie des mélancoliques se rapproche parfois assez de la sitiophobie des hystériques. Chez tous deux la sensation d'appétit est perdue et le dégoût pour les aliments absolu. Chez tous deux il peut y avoir un fond de tristesse, de complet découragement. Lorsqu'il y a du délire, des hallucinations révélant une psychose mélancolique, le diagnostic s'éclaire; sinon il reste incertain. D'autre part les hystériques anorexiques sont quelquefois des mélancoliques, et alors ce qui domine ce n'est plus la névrose, mais l'état psychopatique nouveau qui évolue avec ses symptômes propres.

Les *auto-mutilations* sont fréquentes chez les mélancoliques. Elles manifestent chez ces malades la douleur morale, qu'ils essaient quelquefois de calmer par quelque douleur physique très vive. Les uns se grattent avec les ongles la peau du front jusqu'au sang; les autres se mordillent les lèvres; d'autres se pincent continuellement les bras, les cuisses; d'autres encore s'arrachent un à un les cheveux, les poils de la barbe. Certains se frappent la tête contre le mur ou contre la barre de leur lit; quelques-uns se brisent les doigts ou tentent de s'enlever les organes génitaux. On cite des cas dans lesquels les malades se sont arraché les yeux. M. Korsakoff rapporte l'observation d'un mélancolique qui se perça un œil avec la pointe d'une aiguille.

Il faut noter que ces auto-mutilations ne s'observent généralement que chez des mélancoliques délirants qui y sont poussés par quelques conceptions morbides correspondantes.

Certaines mutilations ont un caractère épidémique. On cite une secte religieuse russe, les *scoptzi*, qui pratiquent la castration volontaire. Cette automutilation s'observait déjà dans les premiers siècles de l'ère chrétienne. Mais il s'agit ici de suicides collectifs, qui ne se relient pas toujours individuellement à un état mélancolique nettement caractérisé.

Les *suicides* sont très fréquents au cours de la mélancolie. On les relève dans toutes les formes cliniques; les mélancoliques délirants et les anxieux sont surtout à surveiller à ce point de vue. D'ailleurs, il faut se méfier de tout malade à attitude mélancolique. Évidemment les actes de suicide sont l'expression des idées de suicide; et quand celles-ci se manifestent, les tentatives d'exécution sont à craindre. Mais il arrive que des malades, qui ne paraissaient nullement en proie à des idées de suicide, se donnent la mort d'une façon inattendue.

Les causes de suicide sont assez variées. Tantôt — le plus souvent — c'est la souffrance morale, qui, devenue insupportable, affole le malade et le pousse au meurtre de lui-même. Et à ce propos il est bon de rappeler ici que la peur de la mort — laquelle se manifeste parfois d'une manière angois-

sante — n'est pas du tout une garantie contre les tentatives de suicide. Elle peut même y pousser [1]. Dans d'autres cas, c'est une idée délirante particulière qui provoque les impulsions au suicide. Un mélancolique veut, en se tuant, échapper au déshonneur où ses fautes et ses crimes l'ont plongé; sa mort en outre sera une expiation. Celui-ci ne peut survivre à la perte de sa fortune ou de ses parents. Tel autre se précipite dans la mort à la suite d'une hallucination qui le lui commande.

Les tentatives de suicide sont bien souvent timides et alors facilement entravées dans leur exécution, soit que le sujet plus ou moins aboulique n'ait pas la volonté suffisante pour aller jusqu'au bout, soit que ses calculs, mauvais en quelque point, aient été déjoués au dernier moment par l'entourage. Cependant il est des mélancoliques qui savent à merveille combiner les moyens de se donner la mort et qui manifestent, dans l'exécution de leur plan, une ténacité et un courage extraordinaires.

Les moyens qu'emploient les mélancoliques pour se suicider sont des plus nombreux. Ils ont varié selon l'époque historique, et actuellement encore ils varient selon que les sujets sont libres de leurs mouvements ou étroitement surveillés. Dans les époques de troubles publics, certains de ces malades vont au-devant du péril, cherchant dans une mort

1. Nicoulau, *Ann. médico-psychol.*, 1892, t. XV, p. 189.

glorieuse ou au contraire infamante la réalisation de leur plus grand désir, qui est de ne plus vivre et parfois d'expier leurs fautes. Au moment de la décadence romaine, sous la tyrannie de certains empereurs, le suicide obligatoire imposé par un ordre du souverain était exécuté avec la plus complète indifférence par les premiers citoyens du pays, dont beaucoup, ébranlés par l'idée de l'insécurité de leur vie et la perte de leurs biens, étaient vraisemblablement atteints de mélancolie.

Plus tard, au moyen âge [1], bien des mélancoliques avouèrent des pratiques démonolatriques pour trouver une mort capable de leur faire expier des délits et des fautes qu'ils n'avaient commis qu'en pensée. La torture, la décapitation, le bûcher devenaient ainsi des moyens employés par des mélancoliques pour s'anéantir.

Actuellement ces portes du suicide sont fermées. Tout au plus peut-on s'accuser de crimes commis par d'autres et dont les coupables sont inconnus. Mais ces procédés sont rarement employés par les mélancoliques, si l'on veut bien ne pas considérer comme tels les alcooliques auto-accusateurs, rêveurs éveillés et dupes plus encore que dupeurs, qui se comportent tout autrement [2]. Cependant il est arrivé

1. Calmeil, *De la folie*, ouvr. cité.

2. Roubinovitch, Sur le délire de persécution avec auto-accusation dans l'alcoolisme, *Annales médico-psychologiques*, 1894, t. XX, p. 128.

que des mélancoliques ont commis des crimes pour être tués. Mais ce sont là des moyens de suicide détournés et exceptionnels. Plus ordinairement, c'est l'individu qui se donne lui-même la mort.

Chaque sexe a ses moyens. Les femmes se pendent plus volontiers, alors que les hommes préfèrent les armes tranchantes et se coupent par exemple la gorge, — manœuvre délicate et qui échoue fréquemment. Pour la pendaison, qui n'est souvent qu'une simple strangulation, tout est bon. Au dehors un arbre, et au dedans une espagnolette, un clou, les barreaux d'une échelle, un tuyau de plomb à découvert, tout ce qui fait saillie et qui peut retenir un lien est employé par les mélancoliques. Le lien est souvent une simple corde, un mouchoir, une jarretière, un fichu. La strangulation s'obtient avec ces objets et se substitue en fait fréquemment à la pendaison recherchée. Le sujet se pend mal; il touche à terre et s'étrangle. Il est des malades qui toute la journée essaient de se serrer le cou avec les cordons de leurs jupes. Témoin une de nos malades, qui, dès qu'elle n'était pas surveillée, se serrait avec les cordons de sa jupe ou même avec ses doigts, sans pourtant arriver à se faire grand mal.

La submersion est surtout employée, mais non spécialement, par les femmes. Elle sert quelquefois à l'accomplissement du suicide à deux, mis à la mode par le célèbre Chambige. Mais plus souvent

— ainsi que le fit ce dernier — les amoureux mélancoliques qui se tuent emploient l'arme à feu, le revolver par exemple. Dans ces cas, l'homme commence par tuer sa maîtresse, puis il dirige son arme vers lui. Mais il arrive fréquemment que, soit maladresse, soit manque de courage, soit hasard providentiel, l'arme manque son effet et ne blesse que légèrement l'amant. Dans ces derniers temps il y a eu une véritable épidémie de suicides à deux, dont quelques-uns n'ont été que des assassinats déguisés, consommés par des amants pour se débarrasser de maîtresses gênantes.

L'intoxication par le charbon a été aussi employée par les suicides à deux et à plusieurs. On lit quelquefois dans les journaux des drames où une mère s'est asphyxiée avec ses enfants. Souvent ce sont là des drames de la folie. Le réchaud est assez rarement utilisé par les mélancoliques solitaires.

Les essais d'empoisonnement par le laudanum, les allumettes chimiques, sont courants. Toutes les substances, qu'on peut plus ou moins facilement se procurer, sont employées par les mélancoliques : l'eau de cuivre, l'acide sulfurique, la morphine, l'arsenic. Quelques individus ont essayé de mourir en s'intoxiquant profondément avec du rhum, de l'absinthe ou toute autre boisson alcoolique. Plus souvent l'alcool est absorbé comme devant fournir la stimulation nécessaire à l'accomplissement du suicide. Parfois c'est en ne prenant rien, aucun al-

ment, que les mélancoliques essaient de s'anéantir; mais on ne les laisse pas d'ordinaire aller jusqu'au bout dans cette voie. D'autres se jettent d'un lieu élevé, d'une fenêtre par exemple; c'est là un mode de suicide à redouter dans un appartement situé au-dessus du rez-de-chaussée. D'autres moyens, plus rares encore, ont été observés. C'est ainsi que dans l'extrême Orient il est d'usage de s'ouvrir le ventre. Il est d'ailleurs facile de se tuer, quand on y est fermement décidé. M. Magnan [1] a rapporté le fait d'une femme qui se perça le sommet du cœur avec une épingle à cheveux et mourut.

M. Tillaux [2] a narré le fait d'un mélancolique qui s'était introduit dans la région du cœur une tige de fer de 16 centimètres de longueur; elle n'était pas visible au moment de l'examen, mais on la sentait sous les doigts soulevant vigoureusement la peau à chaque contraction du cœur. L'année suivante, cet aliéné ayant succombé à la suite d'une nouvelle tentative de suicide, M. Tillaux constata que la tige de fer avait traversé le bord antérieur du poumon gauche, la paroi postérieure des ventricules, et qu'elle s'était engagée dans le poumon droit.

Le suicide est souvent imité. Il y a eu des époques, durant la période du romantisme, où il était

1. Magnan, Suicide par blessure du cœur avec une épingle mesurant à peine 3 centimètres de longueur, *Bull. de la Soc. de Méd. lég. de France*, 1890, t. XI, 2ᵉ partie, p. 283.
2. Tillaux, *Traité d'anatomie topographique*, 1886, p. 627.

devenu réellement contagieux. Actuellement, il sévit dans certains milieux de déséquilibrés. On a dit qu'il y avait, en Russie, des clubs de suicidés. Les suicides familiaux sont le plus souvent en rapport avec des délires mélancoliques; nous aurons l'occasion de les mentionner à propos de l'hérédité.

Les *délits* des mélancoliques sont assez rares. On peut les surprendre en état de vagabondage ou en flagrant délit de vol.

L'homicide peut être la conséquence d'idées de suicide, ainsi que nous l'avons dit plus haut et que le prouve un cas remarquable observé par Marc[1]. Quelquefois il peut être provoqué par une impulsion subite et aveugle, un raptus. Certains mélancoliques peuvent donc devenir dangereux pour leur entourage : ils veulent tuer et ils tuent, en effet, un membre de leur famille, un ami, etc. Il est vrai de dire que ceci est relativement assez rare dans la mélancolie, infiniment plus rare, par exemple, que dans le délire de persécution. Dans ce dernier cas, le malade, en tuant quelqu'un, est convaincu qu'il détruit un ennemi. Tout autre est le motif d'après lequel agit le mélancolique : il tue ses enfants pour leur éviter les malheurs qui les attendent dans la vie; quelquefois aussi, il tue dans un moment de douleur morale excessive, dans un état de semi-conscience.

1. Marc, *De la folie...*, ouvr. cité, 1840, t. II, p. 159 et suiv.

B. Symptômes physiques variables. — Nous avons décrit les symptômes physiques qui font partie de la mélancolie, et qui se présentent plus ou moins renforcés ou atténués. D'autres symptômes somatiques tiennent aux causes apparentes de certaines variétés de lypémanie. Dans la mélancolie d'origine alcoolique, on rencontre les signes physiques propres à cette intoxication particulière, les tremblements, l'athérome, les scléroses diffuses. Dans les états mélancoliques symptomatiques de paralysie générale, on pourra observer les troubles oculaires et de la parole, les attaques épileptiformes et apoplectiformes en rapport avec les lésions de l'encéphale. Mais nous n'avons pas à insister là-dessus.

Enfin il reste les troubles fonctionnels ou organiques qui sont quelquefois associés avec la mélancolie sans être liés à elle par un rapport de causalité bien évident. C'est ainsi que l'on observe assez souvent la tuberculose chez les mélancoliques. L'anorexie, le refus d'aliments, l'affaiblissement des fonctions digestives créent chez les malades un terrain propice à l'évolution du bacille de Koch.

On a cru aussi remarquer que les mélancoliques, surtout les femmes, étaient sujets aux calculs biliaires.

CHAPITRE IV

VARIÉTÉS CLINIQUES DE LA MÉLANCOLIE

On a décrit un nombre très considérable de variétés de la mélancolie. Nous n'avons pas la prétention de les analyser toutes ; nous essayerons seulement de mettre un peu d'ordre dans ces nombreuses descriptions en nous réservant d'insister sur les plus importantes.

On peut diviser les états mélancoliques en deux groupes :

1° Ceux où l'on ne trouve aucune lésion viscérale, du cerveau ou d'un autre organe, aucun trouble de la nutrition capable d'expliquer plus ou moins bien l'apparition des désordres psychiques. Ces mélancolies occupent, dans la pathologie mentale, une place symétrique à celle que tiennent, en neurologie, les névroses. Les unes et les autres paraissent plutôt fonctionnelles ou — ce qui est plus exact — ne peuvent être rattachées à aucune lésion précise.

Aussi les mélancolies de ce groupe peuvent-elles être appeleés les *mélancolies-psychoses*.

2° Ceux où une étiologie immédiate est très apparente. Il s'agit, par exemple, des états mélancoliques survenus au cours de l'alcoolisme, des infections, de lésions cérébrales circonscrites. Bien que le lien pathogénique, qui unit ces troubles mentaux à ces facteurs déterminants, soit encore obscur et que chaque école psychiâtrique l'interprète à sa manière, accordant plus ou moins d'importance aux causes tangibles, il n'en est pas moins évident que ces psychopathies se distinguent en cela des autres. On peut leur donner le nom d'états mélancoliques ou de *mélancolies symptomatiques*.

Nous étudierons donc successivement les mélancolies-psychoses et les mélancolies symptomatiques, — on pourrait dire organiques. Mais, en étudiant de près les faits, nous avons été amenés à constater que les mêmes formes cliniques peuvent apparaître au cours d'une autre affection plus générale et qu'alors elles méritaient l'épithète de symptomatiques; ou sans coexistence d'autres maladies, et qu'alors elles pouvaient être dénommées essentielles. Quant aux troubles somatiques qui accompagnent tous les états mélancoliques, s'ils constituent des conditions pathogéniques immédiates, ils supposent cependant des causes plus éloignées qui échappent dans ces derniers cas. La stupeur, par exemple, peut survenir en quelque sorte spontanément; mais on l'observe

aussi avec tous ses caractères habituels — sauf peut-être une plus courte durée — dans l'alcoolisme subaigu. Pour ne pas refaire deux fois la description des formes de la mélancolie, nous nous contenterons de les donner tout d'abord et avec quelques détails dans le premier paragraphe de ce chapitre (mélancolies-psychoses), nous réservant d'indiquer, à propos de l'étiologie, les variations d'aspect et de durée qu'imprime un élément pathogénique apparent (mélancolies symptomatiques).

En résumé, les psychopathies que nous allons décrire sous le titre de mélancolies-psychoses sont bien celles qui surviennent habituellement sans lien visible avec un élément pathogénique, — hors les conditions somatiques qui leur sont inséparables.

1. Mélancolies-psychoses.

Les mélancolies-psychoses peuvent être envisagées à plusieurs points de vue [1]. Et d'abord, au point de vue du degré des réactions motrices. Quand ces dernières sont faibles ou nulles, on a affaire à la *mélancolie dépressive* ou à la *mélancolie avec stupeur*. Sont-elles au contraire très violentes, il

1. La discussion, qui a eu lieu à la Société médico-psychologique (1890) sur les variétés de la mélancolie, montre le nombre de ces points de vue et de ces opinions nosologiques. Parmi celles-là, la classification de M. Marandon de Montyel, qui est basée sur l'étiologie, paraît procéder du principe le plus juste.

s'agira de la *mélancolie anxieuse*. Entre les deux se place la *mélancolie perplexe* de Lasègue.

La présence ou l'absence du délire et des hallucinations donne naturellement lieu à deux autres variétés : la *mélancolie sans délire* et la *mélancolie délirante* avec ou sans hallucinations. Cette dernière se divise selon la nature du délire en plusieurs sous-variétés : *mélancolie hypocondriaque*, souvent accompagnée d'idées de négation, *mélancolie religieuse*, *démonomaniaque*, etc.

Si l'on considère le degré de cohésion du délire, on peut décrire à part les *délires mélancoliques systématisés* tels qu'on les comprend en Allemagne. Une division d'après la marche de l'affection sépare les formes cliniques suivantes : *mélancolies continue*, *rémittente et intermittente*. La *folie circulaire* se compose, dans un de ses deux éléments, d'un état mélancolique [1].

A. Mélancolies divisées selon le degré de réaction motrice. — a. *Mélancolie dépressive.* — Décrite encore sous le nom de mélancolie simple, elle est caractérisée par la diminution de l'énergie biologique. La tristesse en est un aspect objectif des plus frappants. Parfois le malade a parfaitement conscience de son état, et l'on a dit que ces mélancolies avec conscience s'observaient surtout chez les

1. Notre classification est tout artificielle et sépare des faits cliniques qui sont souvent mélangés; elle n'a pour nous qu'un intérêt didactique.

dégénérés. Alors les impressions venant du monde extérieur ne parviennent au malade qu'avec une grande difficulté, et il s'en rend compte; de même il a conscience de la lenteur avec laquelle ses idées se forment et de l'impossibilité où il est, la plupart du temps, de se décider à un acte quelconque.

Cette triple difficulté de sentir, de penser et d'agir, qui s'affirme à mesure que l'affection évolue, la passivité, l'absence de toute spontanéité, de toute activité psychique se manifestent de plus en plus. Il peut, par moments, survenir un arrêt total de tous les processus de l'idéation. Non seulement les actes du malade, mais sa parole, tous ses mouvements deviennent de plus en plus lents, de plus en plus difficiles.

Tous ses actes s'accomplissent avec des intervalles de repos; et encore faut-il stimuler continuellement le sujet par des excitations externes, fortes et répétées. Plus tard, quand la mélancolie simple est arrivée à un développement plus grand, le malade ne manifeste plus que des intentions d'agir; il ne peut même plus commencer un acte. Arrive enfin le moment où l'affection est à son maximum d'intensité; il est alors incapable de faire le moindre geste, de prononcer la moindre parole. A ce degré, la mélancolie passive forme une sorte de transition vers une variété beaucoup plus grave : la mélancolie avec stupeur.

Mais à part ces cas, dans lesquels l'arrêt apparent

des fonctions psychiques ne se présente que d'une manière tout à fait épisodique, la mélancolie passive est une affection dans laquelle la conscience de soi n'est pas profondément atteinte ; elle est seulement envahie par des conceptions et des images de nature triste.

Dans la mélancolie simple, l'idéation est difficile, le cercle des conceptions est très étroit; mais le pouvoir de synthèse n'est pas détruit et le sujet peut exercer sa pensée et en est le maître jusqu'à un certain point. C'est ce fait qui différencie en partie la mélancolie simple de la mélancolie avec stupeur. En effet, dans cette dernière, il peut arriver que le malade soit dans une nuit psychique complète. D'autres fois, comme l'a démontré Baillarger, il existe un délire actif ressemblant singulièrement à un rêve long et agité ou à un délire toxique, dans lequel apparaissent des conceptions mal ou nullement associées, échappant complètement au contrôle de la conscience. Le pouvoir de synthèse est dans ce cas détruit, et l'automatisme règne en maître. Or, dans la mélancolie passive le malade conserve la faculté de contrôler et d'associer ses idées. Il les combine généralement dans l'orientation que leur imprime sa douleur morale; et il arrive parfois à imaginer plus tard un véritable délire. Notons aussi que le mélancolique peut devenir un agité fort dangereux pour lui et pour les autres.

La forme de mélancolie que nous venons de

décrire est celle qu'on observe le plus souvent en dehors des asiles. En voici un exemple.

Obs. IV. — *Mélancolie dépressive sans délire.*

M..., Constant, trente-neuf ans, représentant de commerce. (Service de M. le prof. Joffroy, à Ste-Anne.)

Mère morte à vingt-cinq ans, au cours d'une maladie nerveuse? Père a été trouvé noyé à cinquante-cinq ans. C'était un buveur qui se mettait très souvent en ribote.

Santé chétive; à quinze ans, scarlatine. A l'école il était un élève médiocre et indiscipliné. Plus tard, dans toutes les places qu'il occupe, il a besoin de faire des efforts intellectuels considérables pour se maintenir. Aussi a t-il toujours été convaincu qu'il ne pourrait jamais arriver à rien. Depuis six ou sept ans, il souffre d'une entérite pseudo-membraneuse, et cela par périodes de deux ou trois semaines par mois; il a alors six ou sept selles glaireuses par jour, puis il devient très constipé.

Depuis trois mois environ, le malade est incapable de se livrer à aucun travail. En même temps il se reproche cette inactivité. Il passe ses journées sans bouger, morne, les yeux fixés, pleurant par moments. Sa femme essaie souvent de le sortir de cette dépression par toutes sortes de paroles affectueuses. De temps en temps il lui répond : « C'est vrai tout ce que tu me dis, et je ne puis sortir de là. » Plus elle insiste, plus son découragement augmente. Il déclare alors qu'il a envie d'en finir, de disparaître : « Je ne puis rester à ta charge, nous ne pouvons plus nous entendre, il faut que je meure. »

Des journées entières se passent ainsi. Sa femme est obligée de le faire sortir de son lit, autrement il y resterait continuellement. Il résiste à tout ce qu'on veut lui faire faire en répétant toujours : « Il n'y a plus rien à faire. » Il se cache souvent dans les coins de la pièce où il voudrait qu'on le laissât. Il refuse toute nourriture et oppose une vive résistance à sa femme qui essaie

de l'alimenter à la cuillère. Souvent elle le trouve avec les bras croisés, la tête fortement penchée sur la poitrine. Par moments, il se met tout d'un coup à marcher d'un pas saccadé en se frappant à plusieurs reprises et très fortement les tempes. « Je suis un indigne, dit-il, un incapable. » D'autres fois il dit « qu'il devrait rester tout le temps au lit ou dans un coin pour que personne ne le voie ; car il est un être méprisable ».

Symptômes physiques. Langue couverte d'un enduit blanchâtre, épais. Constipation et diarrhée, alternativement. La température varie généralement entre 36° et 36°,4. Le pouls est petit, serré, on compte soixante pulsations par minute. Le dynamomètre marque en moyenne :

M. D.	14,
M. G.	11.

Vers la fin du troisième mois, amélioration très rapide qui s'est déclarée un soir. Il s'est mis le lendemain à son travail qu'il accomplit depuis avec autant de facilité qu'autrefois.

b. *Mélancolie avec stupeur.* — Elle se développe fréquemment à la suite de la mélancolie passive, dont elle n'est qu'une exagération. Pendant trois, quatre mois, l'individu est modérément déprimé; puis le ralentissement des processus psychiques atteint son maximum d'intensité, et le malade tombe dans une sorte de torpeur qui l'oblige à une immobilité complète pendant des journées et même des semaines. Dans cette période il ressemble à une véritable statue. Le visage perd toute expression, le regard est vague; quelquefois la bouche entr'ou-

verte laisse la salive s'écouler, des mucosités sortent du nez sans que le malade essaye de se moucher.

Les extrémités sont froides, cyanosées, les bras pendent le long du corps comme les *manches d'une veste*, les vêtements sont en désordre; souvent le malade urine et laisse sortir ses excréments sans bouger. Il faut une intervention vigoureuse pour le forcer à être propre. Plus souvent encore il ne demande pas à manger; il peut même refuser toute nourriture quand on la lui présente prête à avaler, et bien des fois on est obligé de recourir à l'alimentation par la sonde. Le malade n'exerce pas en général une résistance active quand on veut le faire changer de position; il oppose surtout la force d'inertie. Son corps et ses membres gardent plus ou moins longtemps l'attitude qu'on leur a donnée.

Nous ne pouvons refaire, à propos de la description de chaque variété clinique, la symptomatologie physique que nous avons exposée au chapitre précédent. Nous rappellerons seulement, à propos des stupides et des anxieux, les caractères physiques principaux que nous avons observés chez ces deux types différents de mélancoliques. C'est chez les stupides que l'on peut observer le plus nettement les phénomènes d'arrêt : ralentissement et faible amplitude de la respiration, ralentissement de la circulation avec hypothermie et cyanose des extrémités, lenteur et faiblesse du pouls, diminution du

poids et de la force dynamométrique, hypoazoturie.

Tous ces phénomènes se retrouvent aussi dans la stupeur non mélancolique, ce qui prouve bien que ce qui caractérise toutes ces formes cliniques c'est la suppression des fonctions psycho-physiques; l'arrêt des processus cérébraux paralyserait en quelque sorte toutes les fonctions. Cependant, il est des mélancoliques stupides qui paraissent, à certains moments, différents de ceux que nous venons de choisir comme types. Leur respiration est accélérée et ample, parfois tremblante comme chez les anxieux; la circulation est plus active; le pouls, d'une tension normale ou exagérée, est fréquent. On peut alors se demander si, comme nous l'avons observé quelquefois, il n'y a pas, sous l'apparence stupide de ces malades, un délire actif, qui, ainsi que tout travail cérébral intense, influencerait, en l'exagérant, les mouvements circulatoires et respiratoires.

Au point de vue psychique, le sentiment d'impuissance est poussé chez le stupide jusqu'à son extrême limite. Et comme, d'autre part, le trouble émotionnel et affectif est également à son maximum, c'est autour de ces deux pivots, impuissance complète et tristesse infinie, qu'évolue l'état psychique du mélancolique avec stupeur. Schüle dit que « la mélancolie avec stupeur est le summum des phénomènes inhibitoires ». Cette formule résume tous

les symptômes qu'on observe dans cette forme grave de la mélancolie et que nous avons énumérés déjà.

Un pareil état psychique constitue un des terrains les plus favorables à l'éclosion de la catalepsie. On ne saurait mieux s'en rendre compte qu'en étudiant les troubles du mouvement qui, dans la mélancolie avec stupeur, se développent parallèlement aux désordres mentaux. Dans les formes légères de cette variété, l'attitude est affaissée, les mouvements sont lents, lourds, comme embarrassés par des liens invisibles, la marche est traînante, les pieds semblent avoir de la peine à s'arracher du sol. La voix est basse, parfois éteinte, comme étranglée, la parole excessivement rare, remarquablement lente et monotone.

Dans les formes graves de la mélancolie avec stupeur les malades gardent, comme nous l'avons dit, une immobilité presque absolue. Ils n'éprouvent plus le besoin de laisser reposer certains muscles et d'en contracter de nouveaux ; et ils semblent redouter avant tout l'activité spontanée, l'effort.

L'anéantissement de la synthèse idéo-motrice domine en eux. « La synthèse mentale, dit M. G. Dumas[1], a pu s'opérer dans le champ des idées, mais les phénomènes idéo-moteurs sont inhibés par la représentation du fait à accomplir, et le fait ne

1. Dumas, *Les états intellectuels de la mélancolie*, 1895, p. 43.

s'accomplit pas. » Dans quelques cas on peut accuser les troubles affectifs d'être les générateurs de cette action d'arrêt. Si ces malades ne peuvent vouloir, c'est que le ralentissement de l'idéation est tellement grand qu'ils ne conçoivent plus de projets. Et lorsqu'un projet est conçu, il l'est trop faiblement pour éveiller un désir capable d'amener un acte. Ce qui est donc admissible, c'est que les images motrices sont trop faibles pour provoquer un mouvement. Même trouble, même anéantissement des sentiments affectifs. L'indifférence du mélancolique avec stupeur est bien connue en clinique. La vue des personnes de leur famille, de leurs enfants, de tous les êtres qui jadis leur étaient chers, ne leur est plus agréable.

Les troubles de la sensibilité sont très fréquents dans la mélancolie avec stupeur. Les anesthésies sont nombreuses et variées. Quelquefois on peut observer de l'analgésie. La sensibilité est surtout altérée, les troubles de la perception sont constants. En effet, toutes les opérations, qui réclament un effort, une activité, de l'attention volontaires, n'existent pour ainsi dire plus chez les mélancoliques avec stupeur. Ils n'ont à utiliser que quelques sensations dénaturées, qui se transforment facilement en conceptions délirantes.

Leurs troubles psychiques expliquent comment ces malades peuvent conserver une immobilité prolongée, des attitudes incommodes. Ils sentent la

douleur passivement, probablement moins bien qu'à l'état normal; leur torpeur cérébrale ne leur permet pas de la percevoir nettement et de bien la localiser. Il est probable qu'ils ressentent une lassitude générale, qu'ils ont une notion vague de fatigue. Mais il leur est impossible d'accomplir l'effort intellectuel suffisant pour rapporter les divers éléments de cette fatigue à sa véritable cause. Le stupide peut-il changer la position qu'on lui a donnée et le degré de contraction que ses muscles ont pris? Il lui faudrait pour cela mettre en jeu son activité volontaire afin de faire cesser la contraction d'un certain nombre de muscles. Or, ses centres psycho-moteurs sont dans un état d'inertie tel qu'il ne saurait accomplir cet effort. Il garde donc l'attitude qu'on lui a imposée. Il laisse son bras dans la position donnée jusqu'à ce que ses muscles soient épuisés; le bras retombe alors peu à peu avec un léger tremblement. Son appareil moteur a donc fonctionné automatiquement ; il lui a été tout à fait impossible d'intervenir activement, de résister, d'apporter un changement quelconque aux attitudes imposées. Parfois on observe chez les mélancoliques avec stupeur la coexistence d'un délire très intense avec ces troubles de la perception et cette aboulie motrice.

Ces malades guérissent d'habitude, et il est intéressant de les interroger sur ce qu'ils ont ressenti pendant leur maladie. Tous racontent le plus sou-

vent une histoire analogue. Ils ont vécu dans un monde à part, comme dans un rêve. Les impressions extérieures n'avaient sur eux pour ainsi dire aucune influence. Ils n'avaient qu'un nombre très réduit d'idées, et il leur était surtout difficile d'en produire de nouvelles. Ces idées les absorbaient, les tenaient à la façon de véritables obsessions. Souvent ils avaient des hallucinations, qui avaient des rapports avec les idées qui occupaient le champ de leur conscience. Dans certains cas — très rares, il est vrai — une seule idée prédomine constamment; aussi son intensité prend-elle des proportions inusitées.

Comme dans la mélancolie simple, l'état mental rappelle alors dans une certaine mesure l'état de rêve; mais ici c'est un cauchemar dont le malade voudrait se débarrasser sans pouvoir jamais y parvenir. Il se trouve comme arraché de la vie réelle et transporté dans un monde imaginaire, fantastique, qui provoque des impressions continuelles de terreur.

Esquirol [1] rapporte la réponse suivante d'un malade de ce genre qui avait guéri : « Ma paresse résultait de ce fait que mes sensations, mes impressions étaient trop faibles pour avoir une influence quelconque sur ma volonté. »

Dans certains cas [2], les malades sortent de temps

1. Esquirol, *Traité des maladies mentales*, t. II, p. 258.
2. P. J. Kovalevsky, *Psychiatrie*, 1887, t. II, p. 9.

en temps de cette torpeur intellectuelle et physique, se mettent à parler et à marcher; cela dure une demi-heure, une heure, puis ils retombent de nouveau dans leur rêve. Frésé[1], de Kiev, raconte le fait suivant. Un mélancolique avec stupeur voyait le nombre de ses représentations mentales diminuer progressivement; au bout de six à huit mois il n'avait plus qu'une seule idée : c'est qu'il se trouvait placé sur le sommet d'un cône; autour de lui un abîme immense et sans fond; le moindre mouvement pouvait compromettre son équilibre et le précipiter dans le gouffre. Aussi faisait-il tous ses efforts pour ne pas bouger. Quand quelqu'un s'approchait de lui, sa terreur était immense, tant il craignait de perdre l'équilibre. Or il arriva qu'un jour, pendant la visite, le malade se mit brusquement à rire aux éclats, à quitter sa place habituelle et à parler avec volubilité. Interrogé sur la cause de sa gaîté il répondit : « Tout à l'heure en me trouvant sur le sommet du cône, j'ai vu apparaître une quantité prodigieuse de nains et d'êtres monstrueux et grotesques; ils se sont livrés à une danse tellement drôle et à des culbutes si extravagantes que je n'ai pu m'empêcher de rire. » Une demi-heure après, le malade retomba dans sa stupeur habituelle qui ne le quitta plus jusqu'à la mort.

La mélancolie avec stupeur rappelle par quelques

1. Frésé, in Kovalevsky, *Psychiatrie*, ouvr. cité, p. 100.

traits extérieurs certaines formes de démence et les variétés de stupeur non liées à la lypémanie. Nous sommes donc amenés à exposer quelques idées touchant le diagnostic différentiel.

On a toujours observé en pathologie mentale l'état connu sous le nom de stupeur. Dans certains cas il paraissait isolé, dans d'autres au contraire comme un symptôme intervenant au cours d'une affection telle que la mélancolie, le délire alcoolique, l'épilepsie, l'hystérie, etc. La stupeur eut des appellations différentes, selon les cas où on l'observait et les auteurs qui la décrivaient. Esquirol [1] en avait étudié une variété, la démence aiguë. Georget [2] et Etoc-Demazy [3] comprirent certains de ces faits dans le groupe de la *stupidité*. Pour ces auteurs et pour quelques autres qui acceptèrent leur opinion, notamment Scipion Pinel et Calmeil, la stupidité était surtout caractérisée par la suspension de la pensée; elle constituait une forme morbide indépendante, pouvant compliquer les autres vésanies.

Or, Baillarger [4] essaya de montrer, en 1843, que la stupeur était ordinairement associée à la mélancolie, dont elle était une expression symptoma-

1. Esquirol, ouvr. cité, t. II, p. 259.
2. Georget, *De la folie*, 1820.
3. Etoc-Demazy, *De la stupidité considérée chez les aliénés*, recherches faites à Bicêtre et à la Salpêtrière, th. Paris, 1833.
4. Baillarger, *De l'état désigné chez les aliénés sous le nom de stupidité*, ouvr. cité.

tique, et s'accompagnait de délire très intense à caractère pénible. Ce mémoire eut un grand retentissement auprès des aliénistes, qui la plupart, et sauf quelques-uns, dont Delasiauve [1] et Dagonet [2], en admirent les conclusions. La stupeur était toujours mélancolique.

Dans ces derniers temps, et à la suite d'un travail de M. Chaslin [3] sur la confusion mentale dont un des aspects cliniques est la stupeur, la question fut de nouveau soulevée, et les mémoires sur cette question devinrent très nombreux dans ces dernières années; on en trouvera l'analyse et la bibliographie dans un livre de M. Chaslin [4].

On tend actuellement à considérer la stupeur sinon comme une entité morbide, du moins comme un syndrome clinique particulier qui peut apparaître au cours d'affections mentales diverses et non pas uniquement dans la mélancolie. Lorsque ce syndrome se manifeste isolément c'est la stupeur idiopathique; quand il survient dans d'autres affections comme la mélancolie, la confusion mentale, l'épilepsie, etc., c'est la stupeur deutéropathique ou symptomatique.

1. Delasiauve, Du diagnostic différentiel de la lypémanie, *Ann. méd.-psych.*, 1851, t. III, p. 380.

2. Dagonet, *De la stupeur dans les maladies mentales*, 1872.

3. Chaslin, La confusion mentale primitive, *Ann. méd.-psych.*, 1892, t. XVI, p. 225.

4. *Id.*, *ibid.*, 1895. — Ed. Toulouse, *Gazette des hôpil.*, 1893, p. 153. — Marandon de Montyel, *Gazette hebdomad.*, 1897.

En Allemagne[1], Binswager[2] divise la stupeur idiopathique en deux variétés — la stupeur proprement dite et la démence aiguë. Schüle [3] s'élève contre une pareille manière d'envisager la stupeur et se tient à la division exposée plus haut.

Pour nous, nous inclinons à admettre l'existence du syndrome stupeur indépendamment de la mélancolie. Ce qui caractérise à notre avis la stupeur, c'est le ralentissement psychique pouvant aller jusqu'à l'arrêt complet. Chaque fois que ses conditions somatiques sont données cet état mental apparaît. Or elles se rencontrent fréquemment dans la mélancolie ; et c'est pour cela que la stupeur s'y observe souvent. Là, elle se manifeste habituellement avec des conceptions délirantes en rapport avec l'état cœnesthétique ; mais il est certain qu'elle peut, lorsque le ralentissement psychique est poussé très loin, se présenter avec une suspension complète de la pensée et n'être masquée par aucun délire. Il est tout aussi certain que la stupeur peut apparaître en dehors de la mélancolie. Ce qui a fait croire le contraire, c'est que l'attitude des sujets, dont les processus psychiques sont très ralentis, se rapproche beaucoup de celle des lypémaniaques. A la suite d'une commotion cérébrale

1. Roubinovitch, *Des variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne*, 1896, p. 110 et suiv.
2. Binswager, Charité, *Annalen*, VI, Jahrganz, p. 25.
3. Schüle, *Allgem. Zeitschr. für Psych.*, Bd. XXXVIII, 1882.

ou d'une intoxication aiguë, la stupeur peut survenir brusquement et ne s'accompagner d'aucun sentiment de douleur morale qui permette de la rattacher légitimenent à la mélancolie.

Peut-on aller plus loin et différencier objectivement la stupeur délirante, qui appartiendrait plutôt à la mélancolie, de l'autre, la non délirante? Il semble que le pouls capillaire des doigts serait en rapport avec l'excitation cérébrale et qu'il manquerait dans le cas de ralentissement psychique. Théoriquement les stupides à délire actif devraient donc avoir un pouls capillaire plus ou moins prononcé, qui serait très faible ou nul chez les autres stupides, les ralentis psychiques simples. Mais nos recherches ne nous permettent pas de répondre affirmativement à cette question, dont la solution serait, on le comprend, très importante au point de vue diagnostique.

La *catatonie* est une modalité clinique de la mélancolie avec stupeur. C'est d'abord en 1868, au Congrès des Médecins et Naturalistes allemands d'Insbruck, et plus tard en 1874, que Kahlbaum [1] a décrit sous le nom de catatonie une variété morbide caractérisée d'une part par une évolution cyclique de cinq phases et d'autre part par des

1. Kahlbaum, *Klinische Abhandlungers über psyschische Krankeiten*, I, Heft. Die Katatonie, Berlin, 1874. — Roubinovitch, *Des variétés cliniques de la folie...*, ouvr. cité, p. 158 et suiv.

troubles moteurs avec phénomènes de raideur musculaire. Dans la pensée de cet aliéniste la catatonie devait constituer en pathologie mentale une sorte de pendant à la paralysie générale et, comme cette dernière, comprenait des symptômes moteurs liés intimement à des manifestations d'ordre psychique. Mais ce n'est là qu'une ressemblance purement extérieure.

Les cinq stades de la catatonie seraient les suivantes : dépression mélancolique, excitation maniaque, période catatonique proprement dite, constituée par un état semblable à celui de la mélancolie avec stupeur, période de folie intermittente et enfin démence. Nous ne dirons quelques mots que de la période catatonique proprement dite ou, comme l'appelle Kahlbaum, stade d'*Attonität*.

On peut caractériser cet état en disant que c'est une grande dépression avec ralentissement de toutes les fonctions intellectuelles. Les malades refusent de répondre, de manger, de faire aucun mouvement; et quelques-uns manifestent des idées de négation. Certains malades présentent, dans cette phase de stupeur, une tendance à prendre des attitudes stéréotypées ou à faire des grimaces toujours les mêmes. Un des symptômes les plus importants de cette période, c'est l'état cataleptoïde des muscles. Chez quelques-uns, on peut en outre observer des convulsions choréiformes ou épileptiformes et de la tétanie.

Les malades restent des semaines et des mois sans parler. Leur visage est remarquable par la tension des muscles : les lèvres sont serrées, les yeux fermés, le menton fortement appuyé contre la poitrine; en un mot toute la musculature de la face est en état de raideur tonique très prononcée. Les bras sont en flexion ou en extension forcées, et, quand on essaie de sortir le malade de son état, on provoque une résistance considérable. Quelquefois, après plusieurs heures de cette immobilité, le malade se lève brusquement, fait quelques pas dans la chambre, mange, urine, puis se recouche et reprend de nouveau son attitude raidie. De temps à autre, au milieu de l'apathie muette avec refus d'aliments, raideur musculaire ou flexibilité céréeuse des membres, on voit le malade sourire ou avoir un petit accès d'agitation, par exemple lorsqu'il est sous le coup d'hallucinations ou de conceptions délirantes nombreuses. Telle est la principale phase de la catatonie de Kahlbaum. La catatonie alternante a été observée par Nacke [1], qui admet que les alternatives mentales seraient en rapport avec les modifications vaso-motrices (anémie et hyperémie).

Pour nous la catatonie n'est pas une entité morbide; c'est un syndrome souvent associé à la stupeur, et qu'on peut constater dans tous les cas où

1. Nacke, *Allgemiene Zeitschrift für Psychiatrie*, t. L, p. 630.

cette dernière s'observe. Elle est fréquente dans l'état hypnotique, chez les hystériques, où on l'appelle *catalepsie*, et on peut la rencontrer dans tous les états mélancoliques essentiels et symptomatiques [1], par exemple au cours de l'alcoolisme subaigu. La pathogénie doit être recherchée dans le ralentissement psychique, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

Voici un exemple de mélancolie avec stupeur et phénomènes catatoniques.

Obs. V. — *Stupeur mélancolique avec délire actif et catatonie.*

Sa... Jean, vingt-cinq ans, comptable, entré le 23 mars 1895, à l'asile Ste-Anne. (Service de M. le prof. Joffroy.)

Père, soixante-cinq ans, bien portant; mère, cinquante-huit ans, bien portante; sœur un peu nerveuse(?). Pas d'excès vénériens; mais quelques excès alcooliques. Il aimait beaucoup l'alcool, « qui lui donnait des idées », mais qu'il supportait très mal, devenant vite gris. Pendant les six mois qui ont précédé son internement, surmenage intellectuel. Dans la dernière semaine, ses conversations roulaient presque exclusivement sur Dieu et des sujets mystiques.

A son arrivée à l'asile, il paraît plongé dans un état de mélancolie. Abattu, triste, les traits contractés, il a une physionomie caractéristique. Il paraît très craintif et se prête mal à l'examen médical. Puis tout d'un coup il a un accès d'excitation; il se déshabille complètement et déclare qu'il n'est ni homme ni femme. Il se met ensuite à crier qu'il a une tête d'âne et se précipite

1. Le Maître, *Contribution à l'étude des états cataleptiques dans les maladies mentales*, th. Paris, 1895.

la tête contre le mur en disant qu'il veut la casser. Après cet accès d'agitation, il a une légère épistaxis. Le lendemain matin, il est toujours excité et réclame qu'on lui apporte de la paille pour manger.

Peu après, il retombe dans un état de dépression mélancolique où il reste pendant plusieurs mois. Le masque exprime la tristesse, le regard est fixe, extatique, il ne répond ordinairement pas aux questions qu'on lui pose. Cependant lorsqu'on obtient quelques paroles, celles-ci trahissent son délire mélancolique et manifestent surtout des idées d'auto-accusation. Voici par exemple ce qu'il dit :

« Je suis perdu irrémédiablement. J'ai tout perdu par ma faute. Je n'ai plus qu'à m'incliner et tendre la tête au couperet. Je ne compte pas : je suis une loque humaine. »

Le 5 mars 1895, le malade semble un automate. Si on le prie de marcher, il fait un certain nombre de pas, puis il s'arrête quand il croit avoir exécuté l'ordre. Il répond par signes aux questions qu'on lui pose. Il présente des symptômes de catatonie et ses membres conservent durant plusieurs minutes l'attitude qu'on leur donne. Parfois il imite aussi les attitudes que l'on prend devant lui. Les réflexes cutané plantaire, crémastérien et cornéen sont énergiques, mais les réflexes patellaires sont diminués ; aucune réaction au pincement; pas de réflexe pharyngien. On l'alimente à la sonde et sans aucune difficulté. Il se lève spontanément pour aller à la selle, mais urine sous lui. Quelquefois il pleure la nuit; dans la journée, il ne parle ni ne remue. Il a beaucoup maigri. La respiration est superficielle et lente, le pouls est d'ordinaire ralenti et contracté, la température est normale inclinant vers l'hypothermie.

Mars 1896. Catatonie persistante, alimentation à la sonde, résistance quand on l'alimente. Il y a cinq jours a eu un accès de surexcitation maniaque avec cris durant quelques minutes. Mutisme, refus d'aliments, gâtisme, épistaxis fréquentes. Les pupilles sont égales, sensibles

à la lumière, mais réagissent paresseusement à l'accommodation.

Le *7 mai* à midi, il a regardé manger les autres malades. Le gardien lui a demandé s'il voulait s'alimenter; il a répondu alors affirmativement, et il a fait un bon repas. Il a bu du lait à trois heures de l'après-midi. Interrogé au sujet des causes de son mutisme et de son refus d'aliment, Sa... répond qu'il en est ainsi parce qu'il avait peur et avait perdu toute volonté : par instants des voix lui défendaient d'agir. Il entendait des voix diverses, celles de Dieu et du diable, celles de ses parents, de ses amis, les unes lui disaient des choses agréables (mais rarement), les autres l'injuriaient : « Cochon! Salaud! » Il ne savait comment se déterminer entre des ordres contraires; cela lui faisait peur et l'empêchait de parler et de manger. Il croit n'être pas maître de sa personne, être commandé par l'inconnu et par Dieu. Il a vu des boules de feu, des flammes, un coq à tête de feu, des chiens, des hommes, des femmes (ses parents, ses amis), et aussi Dieu et le diable. Tout cela ne faisait qu'augmenter son angoisse. Ce matin il a senti qu'il pouvait parler et il a causé. Il s'est plaint d'avoir la tête lourde et de sentir un vampire qui lui écrasait le front. La catatonie persiste malgré l'état de semi-conscience du malade.

8 mai 1896. Le malade continue de parler et de manger régulièrement.

2 juillet. Attitude mélancolique, catatonie avec *flexibilitas cerea*; ne répond que par gestes ou par monosyllabes aux questions qui lui sont adressées.

D. Où souffrez-vous?

R. Le malade ne dit mot, mais désigne la tête de la main droite.

D. Entendez-vous des voix dans les oreilles?

R. (Signe affirmatif.)

D. Des voix agréables?

R. (Signe négatif.)

D. Des voix désagréables?

R. (Signe affirmatif.)

D. Qui vous parle?

R. (Pas de réponse, ni de gestes.)

D. Voyez-vous encore des globules de feu?

R. (Signe négatif.)

Le malade ne se prête pas davantage à l'interrogatoire et aux réponses par la mimique.

Pas de réaction au pincement ni à la piqûre.

Bonne alimentation; le malade a considérablement engraissé depuis quelque temps qu'il mange seul. Dans le service, le malade se montre très passif; il se conduit avec spontanéité pour toute la satisfaction des besoins : appétit, urination, défécation; il dessine volontiers, lit beaucoup et écrit facilement.

Voici une lettre du malade qui est caractéristique de son délire mélancolique. Elle est adressée à un de ses amis et a été écrite le 1er juin 1896, dans une période d'amélioration relative.

« Mon cher R...,

« Je t'écris sur le conseil de ma sœur qui me donne ton adresse. J'ai à m'excuser auprès de toi de n'avoir pas répondu à certain avis mortuaire que je reçus au bureau.

« Je ne sais pas ce que c'est que la mort, et quelle souffrance entraîne la perte d'un parent aimé. N'ayant reçu durant toute ma vie que rebuffades de la part de mes parents aussi bien que d'étrangers, en butte plus que jamais à la méchanceté des hommes aussi bien que de celui qui ne pardonne pas. Mais toujours est-il que si, par hasard, le parent dont tu m'annonçais la mort a souffert ce que moi je souffre depuis un an et trois mois dans cet hospice, le repos de la tombe vaut cent fois mieux pour lui. Que ne suis-je à sa place! Ou plutôt que ne suis-je jamais né! Je porte aujourd'hui la responsabilité d'avoir été mis au monde. Mais s'il y avait une justice divine à défaut d'une justice humaine, ce sont mes parents tous les premiers qu'il faudrait punir, ma mère surtout.

« Je te serais bien reconnaissant si tu connaissais quelque poison d'un effet foudroyant qui vous menât de vie à trépas sans que vous sentiez rien, à cause de la trop grande rapidité avec lequel il agirait, de ne pas m'oublier.

« Je souffre trop dans cet hôpital, et physiquement et moralement. Tout un système de « Terreur » est organisé contre moi ; et outre les brûlures et les insomnies (je ne dors plus depuis mon internement, le peu de repos que je prends est hanté de cauchemars et je suis réveillé en sursaut par d'affreuses visions, les éclairs, le tonnerre, etc.), la *peur*, la *peur* déprimante, atroce, m'étreint sans cesse, ne me quitte plus. O quel calvaire je gravis ! Quelle croix je porte ! Où est la justice dans tout cela ? Ai-je mérité cet excès de sévérité ?

« Ma sœur m'a dit que mon cousin m'emmènerait à T... avec lui, passer un assez long espace de temps. Elle a ajouté qu'elle me trouverait une place après mon rétablissement... Bref, je ne sais plus que penser, et fou j'étais, fou je reste. Si je quitte Sainte-Anne, qu'adviendra-t-il de moi, et quels atroces événements m'attendent encore ? Sous quelles formes la *peur* m'écrasera-t-elle ? Ah ! je suis bien à plaindre, je t'assure. Je ne demande qu'à mourir, et pour atteindre ce but je ne sais comment m'y prendre.

« Combien je serais redevable à qui me débarrasserait de la vie ! Manger, boire, ne pas dormir, souffrir sans trêve, aller aux cabinets, le beau cadeau légué par ma mère !

« Je pensais que tout cela aurait un dénouement, ici, heureux ou malheureux. Mais non, il paraît, selon ma sœur, que c'est tout à recommencer. Je suis bien obligé de m'incliner. « La raison du plus fort est toujours la meilleure. » Ce que je comprends peu, c'est l'abus de la force. Il y a des limites en toute chose, de même qu'un juste milieu. Dieu ne connaît pas plus de limites que de juste milieu. Je dis Dieu. Pourquoi ? Jusqu'ici je n'ai vu que le diable. Au reste, j'ai autant de peur de Dieu que du diable, ce qui fait que je vais à la dérive,

comme un bateau désemparé, hanté des idées de suicide, sans avoir le courage ni les moyens de les mettre à exécution. Puis rien ne me dit que les moyens de destruction connus entraînent l'anéantissement complet, l'éternel sommeil. Je m'en remets donc au temps, pleurant et souffrant en vain.

« Tu n'auras pas de peine, en me lisant, à t'assurer de ma folie. L'incohérence du style et des idées est assez accentuée. Je m'en rends bien compte moi-même. Mais je ne puis pas m'empêcher d'être fou ni idiot; et, en la circonstance, de qui implorer la pitié? Ah! fi de la main qui torture, pour avoir l'air de consoler ensuite! J'aime les batailles à visage découvert et peu m'importe de succomber dans la lutte, mais au moins que l'ennemi se montre. Quel mérite a un assassin de vous planter, pendant que vous dormez, un poignard dans le dos! Je suis sans défense contre l'invisible ennemi qui m'enserre de ses rêts ; je ne serais pas mieux armé quand je le verrais ou l'aurais vu; mais qu'il me tue, que diable!

« La mort! une fois pour toutes.

« Je m'arrête. C'est assez déraisonné, je dis déraisonné puisque je ne peux plus faire autrement, n'ayant plus de raison ni de cerveau.

« Ah! Dieu quel malheur d'être né! né malgré soi! né comme un champignon, sans doute, du soir au matin, et comme j'étais dans le vrai, lorsqu'en philosophie je broyais du noir avec les pessimistes. Oui, il y a plus de douleur que de joie dans la vie, c'est une longue agonie avant la tombe.

« Juge quelle gaîté remplit mon âme, et quand je pense que cette affreuse tristesse, compliquée d'une peur sans nom, peut se prolonger 50, 100 ans, davantage peut-être, que sais-je moi? (Mathusalem aurait vécu 900 ans selon la Bible.) Je me révolte contre l'injustice du sort. Crois-tu qu'il n'y ait pas là d'assez puissants motifs de suicide?

« Je te souhaite la paix et la tranquillité qui me manquent, et puisse le nom de ta rue me porter

bonheur! Il y a là Euménide presque et je crois que les Euménides étaient des bienveillantes déesses grecques, à moins que ce ne soient les fameuses Furies vengeresses. Mais celles-ci étaient, je crois, les Erynnies. Me trompé-je? Je n'ai pas le numéro de la maison où tu loges. Pense à me donner ton adresse exacte et complète et si tu le veux bien, restons en correspondance. C'est un moyen de ne pas se perdre de vue. V.... serait à Douai, paraît-il. Peux-tu m'en donner des nouvelles?

« Bonne poignée de main. »

La marche des différentes formes de la mélancolie dépressive varie selon les causes qui les ont provoquées et selon l'intensité des symptômes qui les composent et enfin selon le terrain sur lequel elles évoluent. Dans les formes légères de la mélancolie simple, dans celles, par exemple, survenues à la suite d'une maladie infectieuse, les troubles mentaux peuvent disparaître assez rapidement, au bout de trois ou quatre mois, — surtout si le sujet est soumis à une alimentation saine et abondante et si l'on parvient à relever sa nutrition générale. Dans d'autres cas, et surtout dans la mélancolie avec stupeur, l'affection peut durer un an et au delà. En interrogeant certains malades atteints de mélancolie dépressive, il n'est pas rare d'apprendre qu'ils ont eu, à différentes périodes de leur vie, de petits accès de mélancolie. Ces crises ont duré quelques jours, une semaine ou deux, puis ont disparu sans laisser en apparence de traces. Leur intensité était souvent peu prononcée et, dans la plupart des cas,

ils paraissaient liés à des altérations de l'état cœnesthétique survenues sous l'influence d'un mal physique ou d'un chagrin. Ces petits accès passent généralement inaperçus; on n'y attache de l'importance que plus tard, quand on se trouve en présence d'un grand accès avec tous les symptômes de la mélancolie.

La marche de la mélancolie dépressive est en somme inégale. Elle procède par hauts et par bas, le malade offrant tantôt les signes d'une amélioration commençante, tantôt, au contraire, ceux d'une aggravation. C'est surtout au début et à la fin de la maladie qu'on observe ces oscillations et notamment ces aggravations qui s'accompagnent très souvent de modifications correspondantes dans l'état physique (constipation, insomnie, etc.). Mais cette coincidence indique-t-elle que les troubles physiques sont la cause des désordres mentaux ou bien que les deux sortes d'accidents sont déterminés par une cause plus générale, analogue à cette vaso-constriction que l'on considère comme une des conditions de la souffrance morale? Cette dernière opinion est plus vraisemblable.

La terminaison de la mélancolie passive est également très variable. La plus fréquente est la guérison.

Parfois aussi l'affection se transforme en mélancolie agitée ou même en démence chez des gens à système nerveux peu résistant, et notamment chez

des adolescents. Ce phénomène ne s'observe guère que dans certaines variétés de la folie intermittente. Mais ce qui est plus commun, ce sont des crises d'agitation qui viennent couper l'évolution de la mélancolie. MM. Voisin et Burlureaux[1] ont étudié les rapports existants entre la mélancolie et la paralysie générale. Dans les cas qu'ils ont cités il s'agit le plus souvent de la mélancolie symptomatique de la première période de la paralysie générale; d'autres fois il est question d'individus qui ont eu un accès de mélancolie et qui, plus tard, deviennent des paralytiques généraux, mais sans qu'on puisse établir nettement un lien de cause à effet entre les deux affections. M. Ballet a récemment appelé l'attention sur ces faits.

La mort peut enfin survenir soit du fait de l'épuisement profond dans lequel tombe souvent le mélancolique, soit aussi par suicide.

En somme, le pronostic de la mélancolie dépressive, considérée dans son ensemble, est plutôt favorable. Mais le pronostic devient plus sombre lorsque l'affection se prolonge au delà d'un an ou de dix-huit mois. Des altérations anatomiques, notamment l'atrophie des éléments nerveux, ne tardent pas à se produire dans l'écorce cérébrale; l'amélioration et plus encore la guérison complète deviennent alors de plus en plus improbables.

1. Voisin et Burlureaux, *De la mélancolie dans ses rapports avec la paralysie générale*, Paris, 1880.

c. *Mélancolie perplexe.* — Cette forme de mélancolie est essentiellement caractérisée, selon Lasègue[1], par l'affaiblissement de la volonté; les malades, incapables de prendre aucune décision, passent leur temps dans une sorte de tristesse paresseuse, dont ils ne peuvent pas sortir. L'obsession paraît être aussi, dans certains de ces cas, l'élément dominant.

Voici un exemple donné par Lasègue : « X... vient de quitter les affaires, fortune faite; son goût apparent souvent manifesté est de se retirer à la campagne, on lui propose d'acheter une grande propriété en conformité avec sa situation, avec les habitudes qu'il a prises ou qu'il entend contracter. Il va visiter la terre, l'examine en connaisseur et revient enchanté. L'enthousiasme est presque excessif, il dure peu; et quelques jours à peine se sont écoulés que l'anxiété succède à un contentement que d'habiles observateurs auraient déjà déclaré incorrect. L'acquisition est-elle ou non à propos? Quels sont ses inconvénients et ses profits? La délibération, qui se présente moins sous la forme d'un dilemme que sous celle d'une sorte de bascule intellectuelle, prend peu à peu les caractères de l'obsession, or l'obsession est, en pathologie mentale, un élément considérable et à peine étudié. »

Depuis l'époque où écrivait Lasègue, l'obsession a été l'objet de travaux considérables, notamment

1. Lasègue, La mélancolie perplexe (1881), in *Études médicales*, ouvr. cité, t. I, p. 703.

de M. Magnan. Aussi actuellement serait-on moins embarrassé de classer ces cas de mélancolie perplexe de Lasègue, qui sont des mélancolies avec obsessions, comme on en observe chez certains émotifs ou dégénérés.

d. *Mélancolie anxieuse.* — Elle peut survenir après une période de dépression. D'autres fois le début de cette variété se manifeste par une modification du caractère de l'individu qui devient triste, irritable et d'une susceptibilité tout à fait anormale. Attribuant alors la cause de sa mauvaise humeur à ses propres défauts, il accumule en lui une véritable haine contre sa personnalité. Plus il examine les détails de sa vie antérieure, plus il y trouve les preuves de sa culpabilité ou de son indignité. A mesure que l'affection se constitue, le malade s'agite dans le cercle d'un petit nombre d'idées pénibles, ordinairement auto-accusatrices.

Les troubles de la sensibilité lui apportent ensuite de nouveaux matériaux pour consolider cet état mental. Dans ses rêves d'abord, et plus tard à l'état de veille, il entend des injures, des railleries, des reproches et des menaces. Jour et nuit, et cela pendant des semaines, les mêmes hallucinations se manifestent, le malade entendant toujours le même reproche, la même injure. On comprend comment il est amené ainsi à devenir parfois dangereux pour lui-même et pour les autres.

Le nombre d'idées est très limité chez lui; mais, contrairement à ce qui a lieu chez les mélancoliques passifs, une activité très grande règne dans le cercle étroit de ses conceptions monotones. Elle se manifeste par la répétition incessante des mêmes plaintes, des mêmes accusations. Tous les jours, pendant des mois, le malade vous aborde en vous exposant avec une grande volubilité les deux ou trois méfaits qu'il se reproche, la peine qu'il mérite, le châtiment qu'il redoute. Son délire se systématise peu à peu à l'aide des illusions et des hallucinations.

Les choses se passent souvent de la manière suivante. Un événement banal, qui, dans d'autres circonstances, n'aurait pas éveillé son attention, préoccupe au contraire beaucoup le malade. Il y pense continuellement; il en est obsédé. Une dame Do... se rappelle qu'elle a fait autrefois une fausse couche. Ce souvenir la hante. Ses rêves sont remplis de visions pénibles d'enfants égorgés. Son anxiété augmente, et un beau jour elle se dit qu'elle a dû se faire avorter, que cette fausse couche est une très mauvaise action. Elle est donc une criminelle; il faut la couper en morceaux, etc.

Si, dans ces moments, une hallucination visuelle survient, elle sera en rapport avec les préoccupations délirantes du malade. Il verra la guillotine toute prête à fonctionner, il entendra le glas annonçant sa mort. Alors, son agitation sera extrême. Il

supplie qu'on le sauve; il se lamente, implore le pardon.

La nature du délire varie d'ailleurs avec l'éducation, le degré d'instruction, la condition sociale du malade. En même temps qu'il manifeste très bruyamment son délire mélancolique, il est sans cesse en mouvement. Il parcourt sa chambre dans tous les sens et, quand il est libre, il s'en va au loin sans but, simplement pour satisfaire ce besoin impérieux de changer de place, de remuer continuellement. Les auteurs allemands ont donné à ces mélancoliques vagabonds le nom de *melancholia errabunda*.

Dans les moments de vive anxiété le malade se tire les doigts, s'arrache les cheveux, s'égratigne le front, les joues, le cou, la poitrine, déchire ses vêtements. Parfois, il se produit une sorte d'explosion de fureur contre lui-même ou contre les autres. Pendant ces raptus mélancoliques il est capable de commettre les actes les plus dangereux : saccager le mobilier, mettre le feu, s'arracher les yeux, les oreilles, les organes génitaux, se détruire, frapper et même tuer la première personne qui se trouve à sa portée. Il commet tous ces actes d'une manière désordonnée et impulsive.

Le mélancolique anxieux se présente souvent, même en dehors de ces raptus, avec un visage rouge, injecté. Ses traits contractés expriment une vive irritation, un grand mécontentement. Les yeux sont brillants; ils sont mobiles à cause de l'in-

quiétude permanente dans laquelle vit le malade (obs. 13). La parole est rapide, entrecoupée; le timbre de la voix plaintif, mais beaucoup plus fort



Fig. 13. — Mélancolie anxieuse.

que chez le mélancolique passif. Le malade porte souvent, sur son visage, son cou, ses mains, et sur d'autres parties de son corps, des traces d'égratignures et de contusions. Nous avons déjà insisté sur son attitude générale et noté l'impossibilité

dans laquelle il est de rester tranquille un instant.

Rappelons en quelques lignes les principaux caractères physiques que nous avons relevés dans le chapitre précédent chez les mélancoliques anxieux. L'appétit est très diminué; et le malade se prive quelquefois de manger dans l'espoir de hâter sa mort. La constipation est pour ainsi dire la règle. La respiration est souvent plus fréquente qu'à l'état normal, superficielle parfois et alors avec de profondes inspirations périodiques; on observe, au moment des paroxysmes, une courbe plus hachée, plus irrégulière, indiquant l'angoisse. La circulation est souvent plus active, avec température normale ou légèrement au-dessus de la moyenne durant les périodes d'excitation; le pouls est plus ou moins rapide, parfois simplement normal. En dehors des paroxysmes les malades peuvent présenter, comme les stupides, des troubles fonctionnels plutôt par défaut.

Pendant les paroxysmes dont nous avons parlé le malade ressemble à un excité maniaque, et nombreuses sont à ce point de vue les erreurs de diagnostic faites par des médecins peu expérimentés. L'acte du maniaque est la conséquence d'un besoin de dépenser un trop-plein continu des forces, tandis que l'acte du mélancolique est la réaction d'un état excessivement douloureux de la conscience, c'est par exemple un raptus qui vient de temps à autre couper la monotonie de la maladie. Entre ces

explosions d'anxiété, les malades présentent un calme qui n'est qu'apparent et dont il faut se méfier. N'oublions pas que leur activité mentale, tout en se manifestant dans un cercle très limité d'idées, peut être assez grande. D'un moment à l'autre ils peuvent, sous l'influence de quelque conception délirante, passer de l'idée à l'acte.

La durée de la mélancolie anxieuse est plus longue que celle de la mélancolie dépressive ; la guérison est possible, quoique plus difficile à obtenir. Une autre terminaison qui n'est pas rare, surtout chez les vieillards, c'est l'affaiblissement secondaire des facultés intellectuelles.

Il faut savoir que les anxieux peuvent tomber dans un état de stupeur et vice versa. D'autre part les anxieux en état de paroxysmes sont bien différents de ce qu'ils sont dans une phase calme. La combinaison de tous ces éléments rend les faits cliniques très complexes et explique l'apparente contradiction que l'on peut rencontrer, chez les mêmes sujets, dans les recherches des phénomènes physiques aussi variables que ceux de la respiration et du pouls.

Voici un exemple de mélancolie anxieuse avec idées délirantes multiples.

Obs. VI. — *Mélancolie anxieuse chez une héréditaire avec idées délirantes multiples.*

Mme Col..., Augustine, 34 ans, fleuriste, entrée le 15 février 1894 à l'asile Ste-Anne (service de M. Joffroy).

Père mort à soixante-huit ans, d'une pneumonie. Mère vivante, âgée de soixante-treize ans; c'était une femme excessivement nerveuse, sujette à des colères violentes et sans motifs sérieux. Sœur morte à neuf mois de convulsions. Frère mort à neuf ans de méningite. Sœur âgée de trente-sept ans, très émotive, sujette à des pertes de connaissance. Frère âgé de quarante et un ans, atteint de strabisme, à la suite de convulsions.

Née à terme. A toujours été très émotive. A dix-huit ans, à la suite de contrariétés dans ses affaires, elle a eu un accès de dépression mélancolique. Elle était triste, « sa tête semblait dérangée »; elle éprouvait la sensation « d'être enfoncée dans un trou ». Ce premier accès a duré trois mois. Vers l'âge de vingt-cinq ans, elle présente un accès analogue. A l'âge de vingt-sept ans elle s'est fait avorter par une sage-femme; la réalité de ce fait est confirmée par les renseignements fournis par la sœur de la malade.

Les symptômes psychiques débutèrent, en 1892, par une longue période d'aboulie. Pendant cette période, il lui semblait qu'elle ne savait plus rien, que ses mains travaillaient, mais que son esprit « n'y était plus ». Tout lui semblait drôle ; elle ne pouvait plus causer. Puis vers la fin de novembre 1893, cet état d'aboulie se compliqua de symptômes de mélancolie.

Le 2 décembre elle est placée dans une maison de santé, où on note des phénomènes d'anesthésie viscérale (elle n'avait plus « d'organisation » dans la tête), des idées de négation (elle n'avait plus de cœur, elle ne ressentait plus d'émotions), des phénomènes d'aboulie qu'elle exprimait ainsi : « Je voudrais vouloir, je ne peux », une anxiété très vive surtout le matin, le refus d'aliments, des tentatives d'étranglement, des idées de culpabilité, etc.

Le 15 février 1894, elle entre à l'asile où son état reste longtemps stationnaire.

Idées de négation : « J'ai une fausse tête, dit-elle, je n'ai plus de tête, plus de cœur, plus d'estomac. » A

toutes les questions qu'on lui pose elle répond d'une façon négative.

Idées d'immortalité : « Je ne mourrai plus parce que je n'ai pas mon âme; ma tête est morte, c'est pour cela que je ne puis mourir. »

Idées de culpabilité : « J'ai fait une fausse couche. Je suis une misérable; j'ai assassiné, je mérite la mort pour tout ce que j'ai fait. Je suis un être dégoûtant; il faut me faire payer cher ma fausse couche. Il faut me couper la tête. » Elle se reproche de ne plus aimer ses parents, de ne plus avoir de sentiments, de manquer complètement d'affection.

Idées hypocondriaques : Elle est complètement bouchée. Elle a la tête bouchée. Elle demande continuellement qu'on lui ouvre la tête pour voir ce qu'il y a dedans. On verra que sa tête ne contient que du manger, de la nourriture, des saucisses.

Idées et tentatives de suicide : Elle cherche toujours à s'étrangler, pince son cou, fait saigner ses doigts. Elle s'écorche continuellement la peau du visage.

Idées d'humilité : Elle voudrait quitter l'asile pour aller piocher la terre. Pour expier sa faute, elle demande à faire des travaux pénibles. « De femme, dit-elle, je suis tombée à l'état de bête. Je ne vaux plus la peine qu'on s'occupe de moi. Je traînerai les brouettes, je servirai de domestique. Je ne dirai jamais que je suis fatiguée. »

Idées de persécution : M. X... faisait sur elle des expériences, il lui mettait des fausses larmes, il lui a mis des saucissons dans la tête.

Avec cela, elle a conscience de son état mental morbide. « Plus je vais, plus je suis folle. Je ne sais plus quel chemin prendre, car j'ai la tête perdue. » A plusieurs reprises elle a essayé de sauter les murs de l'asile pour exécuter ses idées de suicide.

Depuis longtemps son sommeil est presque nul; elle se réveille souvent et elle a une tendance à se lever et à se promener dans le dortoir. Au début elle avait de la constipation, actuellement elle va à la selle assez bien. L'appétit est très capricieux. La sensibilité tactile est

diminuée des deux côtés; analgésie très marquée au début. Réflexe pharyngien diminué. Léger strabisme divergent alternant. Pas de rétrécissement du champ visuel. Ouïe normale. Respiration souvent accélérée, en sanglot. Pouls ordinairement accéléré au moment des paroxysmes. La figure, et surtout le front et la lèvre, portent des coups d'ongle avec lesquels elle déchire sa peau.

L'observation qui suit est un cas de mélancolie anxieuse chez une héréditaire.

Obs. VII. — *Mélancolie anxieuse chez une héréditaire.* Mme Er... Henriette, trente-sept ans, entrée le 29 avril 1894 à l'asile Ste-Anne (service de M. Joffroy).

Sa grand'mère maternelle avait une intelligence très bornée. Père interné et mort à l'asile de Vaucluse à l'âge de soixante-quatre ans; c'était un alcoolique tombé dans la démence. Mère atteinte de cyphose congénitale; femme très chétive, ayant accouché neuf fois, et ayant eu huit fausses couches; frère mort de méningite; une fille de notre malade est atteinte d'hydrocéphalie avec blésité.

A l'âge de cinq ans la malade eut un coryza chronique avec ozène (scrofulose). Grande difficulté d'apprendre à lire et à écrire. Maux de tête et maux d'estomac dès son plus jeune âge. Caractère sombre, susceptible, impressionnable, mais pas de véritables crises nerveuses. A dix-neuf ans, traumatisme de la jambe gauche, qui s'accompagna de suppuration; la guérison n'est survenue qu'au bout de trois mois. Mariée à vingt-huit ans, son mari gagnait à peine de quoi vivre. Deux accouchements sans accidents, le dernier survenu en 1889. Depuis, une ou deux fausses couches (??).

Le début des symptômes psychiques commença, en août 1894, par un affaiblissement physique (amaigrissement, pâleur, tristesse). Des idées de mort se manifestèrent; elle disait que tout le monde lui en voulait, que

ses parents l'avaient abandonnée, que son mari voulait l'empoisonner. Elle refusait de manger. Pendant quinze jours, du 10 au 25 août, on essaya de la traiter à la maison; mais le 26 août, la situation devient plus grave. Elle s'accusait depuis quelque temps d'avoir fait du mal à ses parents, et ce jour-là elle a eu un accès d'agitation anxieuse. Elle répétait qu'elle voulait partir. A un moment, profitant de l'absence de ses parents, elle s'approcha de la fenêtre, l'ouvrit et se pencha pour se jeter du troisième étage. La garde entrée à ce moment put la retenir à temps.

A son arrivée à l'asile, elle paraît anxieuse, elle soupire continuellement. A chaque instant elle se dirige vers la fenêtre ou la porte, essayant de se sauver (ou de se suicider). Mutisme. Par moments, quand on insiste beaucoup, on la voit faire des efforts pour répondre, on voit sa bouche s'entr'ouvrir, ses lèvres remuer, mais elle n'articule aucun mot.

Examen physique : Amaigrissement prononcé. Sensibilité cutanée conservée. Les pupilles sont moyennement dilatées et réagissent bien à la lumière. Les réflexes rotuliens ne sont pas exagérés; le réflexe plantaire est normal. L'appétit est bon depuis les derniers jours d'octobre ; auparavant l'anorexie a été assez grande pour nécessiter l'alimentation à la sonde. L'haleine est fétide, et la constipation opiniâtre. L'auscultation permet d'entendre l'expiration prolongée au niveau du sommet gauche. Rien au cœur. Le pouls est souvent accéléré. Les urines sont très colorées, denses, et ne contiennent ni albumine ni sucre.

B. Mélancolies divisées selon la présence ou l'absence du délire et des hallucinations. — a. ***Mélancolie sans délire.*** — Dans la *mélancolie sans délire*, qui se confond en partie avec la mélancolie dépressive simple, tout se borne à des troubles

de la cœnesthésie et à un certain degré d'aboulie. La faculté d'association des idées devient plus ou moins difficile. On n'observe pas d'hallucinations ni de conceptions délirantes. Cette forme de mélancolie se rencontre surtout dans la clientèle de la ville ; elle se rapproche beaucoup de la mélancolie dépressive simple, que nous avons décrite en premier lieu, et certains auteurs les réunissent toutes deux. Elle échappe très souvent à l'attention des personnes peu initiées à la pathologie mentale, d'autant plus que les malades se possèdent assez pour dissimuler leur état psychique sous un masque de tranquillité relative.

Il est vrai de dire que les mélancoliques sans délire étonnent parfois leur entourage par une expression très sombre du visage, par une irritabilité tout à fait maladive, par une disposition chagrine de l'esprit et un changement complet de leur façon de raisonner et de sentir. Mais, au lieu de considérer toutes ces manifestations comme étant de nature pathologique, les parents, les amis cherchent des explications à côté. D'ailleurs, les malades eux-mêmes allèguent toutes sortes de motifs fallacieux pour excuser leur paresse d'esprit et de corps, leur négligence, leur étourderie. Car le mélancolique sans délire, tout en ayant conscience de son état, veut avant tout ne pas paraître malade. Mais vient un moment où l'affection fait de grands progrès, le patient exaspéré par sa douleur morale

croissante commet quelque acte de violence. Alors l'entourage se rend compte qu'il est en présence d'un véritable aliéné.

Il arrive quelquefois qu'un médecin peu expérimenté, appelé auprès d'un malade de cette catégorie, n'est nullement frappé par le syndrome mental, et que son diagnostic parle de toutes sortes de choses (anémie, chlorose, neurasthénie, etc.), excepté du fait principal, l'état mélancolique. Il est certain que la constatation du terrain somatique, sur lequel cette affection mentale évolue, a une importance considérable, mais encore faut-il ne pas oublier l'affection mentale elle-même, qui est la résultante de tous les troubles physiques de l'organisme.

b. *Mélancolie délirante.* — A côté de la mélancolie sans délire il faut placer la mélancolie délirante (fig. 14). Ici le trouble est plus profond et le contenu même des idées se trouve plus ou moins altéré. En un mot, dans la variété que nous allons étudier rapidement un nouvel élément s'introduit : la conception délirante.

Comment naît-elle? Le plus souvent, elle est la conséquence d'une intensité plus grande des troubles intellectuels de la précédente variété. Elle représente de la part du malade une tentative d'explication pour tout ce qu'il éprouve de douloureux. Nous avons vu dans quel cercle vicieux tourne le mélancolique : sa douleur morale, primitive d'abord, se

trouve ensuite entretenue par la difficulté de sentir, de penser, d'agir, difficulté dont le malade a parfaitement conscience. Cliniquement, cet état, arrivé au plus haut degré de son développement, se manifeste par une profonde dépression, par une hésitation pour les décisions les plus insignifiantes, enfin par des idées délirantes. Le mélancolique se dit alors qu'il est ruiné, qu'il est réduit à la mendicité, qu'il est indigne de vivre, qu'il est un incapable; il s'accuse, il se déclare coupable envers Dieu et envers les hommes; il est damné, tout le monde le méprise et lui fait mille avanies. A cela s'ajoutent la crainte de châtiments, de l'enfer, des supplices, et aussi des idées de négation, d'immortalité, etc.

Nous savons déjà que toutes les impressions du monde extérieur arrivent dans la conscience du malade profondément altérées; cette dysesthésie psychique, comme disent les auteurs allemands, donne à toutes les impressions une couleur sombre, pénible. Là est la source de toutes les idées relatives aux dangers imaginaires qui menacent le mélancolique et aux persécutions tout aussi imaginaires dont il est la victime.

La résignation, que le mélancolique manifeste d'une façon si frappante, est le résultat de la conviction profonde de son impuissance. L'anesthésie psychique vient ensuite, et, grâce à elle, les perceptions sensorielles, les représentations mentales perdent toute signification agréable ou pénible. Le

mélancolique devient incapable de manifester un sentiment d'amitié, une impression esthétique, une idée religieuse. Comme il a parfaitement conscience



Fig. 14. — Mélancolie délirante.

de ce changement survenu en lui, il arrive à conclure qu'il n'est plus un être humain, qu'il est une bête, que Dieu l'a abandonné, qu'il est damné, etc.

Quand l'anesthésie psychique est à son maximum

d'intensité, le malade s'imagine que tout autour de lui est disparu et que lui-même est mort. La conception délirante relative à un danger imminent, le *délire d'attente*, a souvent pour origine l'anxiété précordiale très fréquente et très intense chez les mélancoliques appartenant à cette catégorie. Sous l'empire de cette anxiété ils s'imaginent qu'ils vont être poursuivis, ruinés, guillotinés. Secondairement, et comme explications de ces dernières conceptions, ils déclarent qu'ils sont de grands criminels et qu'ils ont mérité tous ces châtiments.

Si le malade a commis dans le cours de sa vie antérieure une action qui lui semble contraire à la morale, il interprète aussitôt ce fait comme justifiant toutes les peines qu'il doit subir. Enfin, les troubles de la sensibilité cutanée, les névralgies, les anesthésies, les modifications du côté des sens spéciaux peuvent à leur tour, en étant interprétés, se transformer en conceptions délirantes.

c. *Mélancolie hypocondriaque.* — Certains mélancoliques, en recherchant la cause de leur douleur morale, la trouvent non pas dans les impressions qu'ils reçoivent du monde extérieur, mais dans celles qui résultent des troubles de leur sensibilité générale ou viscérale. L'appareil gastro-intestinal et les organes génitaux surtout leur procurent toutes sortes de sensations pénibles, qui deviennent le point de départ de véritables concep-

tions délirantes mélancoliques et hypocondriaques.

Les malades sont tristes, déprimés. Au début ils ne savent donner aucune explication de leur malaise. Mais bientôt, ils déclarent qu'ils sont inquiets pour leur santé. Ils ressentent une fatigue, une lassitude, une sorte de courbature générale qui les empêche de se livrer à leurs occupations habituelles. Quelque temps après, ces sensations encore vagues se précisent : c'est l'estomac, c'est le ventre, c'est la poitrine ou bien la tête qui leur fait mal. L'examen médical le plus soigné ne permet de découvrir aucun signe objectif dans les organes incriminés, et cependant les plaintes sont de plus en plus grandes, de plus en plus pressantes. On acquiert la conviction que les souffrances, toutes subjectives (?) qu'elles soient, ne sont nullement simulées ; car sous leur influence le malade abandonne bientôt ses affaires les plus importantes, s'alite quelquefois et réclame impérieusement des soins.

Le mélancolique hypocondriaque, arrivé à la période d'état, devient pour son entourage un tyran insupportable. Il réclame jour et nuit la présence de ses parents ou de ses gardiens. Le moindre de ses caprices doit être satisfait sur-le-champ ; autrement il pousse des gémissements, pleure, devient même agressif. Son médecin est naturellement une de ses premières victimes. Tous les jours il le fatigue pendant des heures en lui décrivant par le menu

tout ce qu'il a éprouvé depuis la veille, les nouveaux symptômes qu'il a découverts, les médicaments qu'il a absorbés; il lui parle avec force détails de ses crachats, de son urine, de ses excréments.

Enfin lui-même est dans une anxiété perpétuelle : il se tâte le ventre, se regarde dans une glace, fouille dans les livres de médecine, consulte les réclames des pharmaciens, absorbe une quantité de drogues; et l'idée d'incurabilité l'obsède. C'est ainsi qu'il se comporte au moment des accès d'anxiété. Puis, il retombe dans la dépression et garde le lit. Dans certains cas, Krafft-Ebing[1], Kovalevsky[2], Schüle[3], Pohl[4], ont noté des hallucinations de la sensibilité générale.

Parmi les symptômes physiques il faut surtout noter l'état des voies digestives. La langue est souvent saburrale; il y a peu d'appétit et une constipation opiniâtre. Le malade souffre d'insomnies tenaces. Dans la grande majorité des cas, les malades présentent des troubles vaso-moteurs qui se manifestent par des rougeurs et des pâleurs subites de la face; leurs téguments sont en temps ordinaire décolorés, anémiés. L'amaigrissement est quelquefois fortement prononcé.

1. Krafft-Ebing, *Lehrbuch f. Psychiatrie*, 1890, p. 434.
2. Kovalevsky, *Psychiatrie* (en russe), 1890, t. II, p. 32.
3. Schüle, *Handbuch f. Psychiatrie*, 1885, p. 407.
4. Pohl, *Die melancolie*, Prag., 1852, p. 36.

Parmi les sous-variétés de la mélancolie hypocondriaque, les plus fréquentes seraient, d'après Krafft-Ebing [1], la mélancolie syphilidophobique et la mélancolie hydrophobique. La première peut se déclarer non seulement chez les individus indemnes de toute affection vénérienne, mais aussi chez des syphilitiques avérés. Il est probable que, dans ces derniers cas, l'organisme a subi un profond affaiblissement soit surtout par le fait de la syphilis elle-même, soit par le fait de l'anémie déterminée par une administration trop énergique de mercure et d'iodure. L'idée de l'infection syphilitique avec toutes ses plus mauvaises conséquences s'implante dans la conscience de ces malades comme une véritable obsession.

L'évolution de la mélancolie hypocondriaque est souvent une alternance d'accès d'anxiété et de périodes de dépression. La durée est habituellement longue (plusieurs mois et même plusieurs années). La terminaison est très variable, en rapport avec les conditions étiologiques, et notamment avec le terrain. D'après M. Kovalevsky [2], la guérison s'observerait dans un tiers des cas; un autre tiers passerait à l'état de mélancolie hypocondriaque chronique; enfin, le dernier tiers verserait dans la démence.

Quelquefois, le délire hypocondriaque s'accom-

1. Krafft-Ebing, ouvr. cité, p. 434. Obs. n° 20.
2. Kovalevsky, ouvr. cité, p. 34.

pagne d'idées de négation, ainsi que dans le cas suivant.

Obs. VIII. — *Mélancolie avec idées hypocondriaques et de négation.*

M[me] Na... Augustine, trente-quatre ans. (Service de de M. Joffroy, à Ste-Anne.)

Père mort d'une attaque de paralysie à soixante-six ans. Mère morte d'une maladie de cœur (?) à soixante-sept ans. Paraît une débile intellectuelle.

La malade nie tout excès d'alcool. Sa mère du reste est d'accord sur ce point. Comme antécédents pathologiques, on trouve, au dire de la malade, une fluxion de poitrine (?) survenue tout à fait dans la première enfance. Elle se plaint aussi d'avoir souffert toute sa vie de son estomac. Au mois d'août dernier (1895), elle dit avoir éprouvé beaucoup de chagrin à la mort de son filleul à qui elle s'était fort attachée; mais on ne sait la part exacte qui doit être attribuée à ce fait dans la pathogénie de ses troubles mentaux.

Les symptômes psychiques apparurent dès le mois de septembre 1895. Elle commença par s'imaginer qu'on lui avait « remonté les nerfs de l'estomac ». Comme elle était allée peu auparavant consulter à Montmartre un *homme guérissant toutes les maladies* « pour une enflure des jambes qui lui avait remonté dans les oreilles », elle accusa ce dernier de lui avoir déplacé les nerfs. Elle cite même le nom de l'opérateur, qui aurait produit cet effet au moyen du spiritisme. Il lui a appliqué la main partout; alors les nerfs de sa tête ont craqué et se sont cassés. Depuis ce temps, elle est persuadée qu'elle ne peut plus mourir, idée que va corroborer encore sa non-réussite dans les tentatives de suicide dont nous parlerons plus loin.

Elle a aussi quelques idées de persécution : on la suivait dans la rue, on lui disait des choses désagréables, des injures même. Tout le monde se moquait d'elle quand elle passait. Actuellement elle est encore

très méfiante; aussi, en voyant qu'on prend des notes pendant qu'elle parle, elle demande dans quel but on le fait. Quand on la questionne sur son acuité auditive, elle répond : « J'entends bien et il ne faudrait pas me rendre sourde. » Elle se décide difficilement à parler. Elle n'a pas reconnu les gens qui la suivent et ne peut répéter ce qu'ils lui ont dit; elle ne sait dans quel but ils se trouvaient derrière elle. Un jour elle nous apprend que, pour se mettre à sa poursuite, les gens connus d'elle changent de toilette et même de figure.

Pour échapper à cette persécution, elle a voulu se tuer. Elle a choisi le moment où personne n'était avec elle, a enjambé l'appui de la fenêtre, s'est tenue par les mains aux barreaux et s'est laissée aller. Elle n'a rien ressenti en tombant à terre : les douleurs sont venues seulement quelques heures après sa chute. Après cette tentative de suicide elle fut internée.

Ce que l'on constate tout d'abord, à son arrivée à l'asile (novembre), ce sont les idées hypocondriaques. « Le sang bout dans sa tête, elle ressent des douleurs qui se déplacent, des tremblements dans les mains. De l'œil gauche elle voit comme un rond de cheveux. Elle respire trop bien et cela lui fait du mal. Souvent elle souffre dans l'oreille. Elle ne se porte jamais bien, les nerfs de son corps sont remontés; au contraire ceux de sa tête sont descendus, de sorte qu'elle n'a plus ses nerfs. C'est même là la cause qui l'empêche de mourir; car elle ne pourra mourir que si on lui coupe le cou, la taille et si on lui ouvre le ventre. » Ce sont bien là des idées de négation se rattachant à l'état hypocondriaque de la maladie. Elles ne sont pas les seules; car elle dit encore que « même si elle mange, elle sent toujours son estomac vide ». Parfois elle croit s'apercevoir que son cœur s'arrête.

Ses idées de persécution persistent encore : « toujours on lui veut du mal, on l'empêche de reprendre son travail. » Si on lui demande de préciser quels sont ceux qui lui sont hostiles, elle répond : « un peu tout le monde ». Jamais elle n'a pu les reconnaître. Quand

on la suivait dans la rue, elle regardait : elle avait affaire à des inconnus. Elle ne peut donner le moindre signalement pour la figure ni pour les vêtements. Jamais ces hommes ne lui ont parlé.

Mais l'idée dominant chez elle et se rapportant au délire des négations, c'est qu'elle ne peut pas mourir parce qu'on lui a déplacé ses nerfs, et cependant elle veut mourir. Cette idée de suicide n'est pas du reste motivée, car les autres idées hypocondriaques de la malade ont si peu de consistance, ses idées de persécution si peu de netteté, ses hallucinations si vagues qu'on doit reconnaître leur peu d'importance dans les déterminations de la malade.

Le 11 décembre 1895, à deux heures, la malade, perdue de vue pendant quelques minutes et profitant de l'ouverture d'une fenêtre, se jeta dans le jardin, rééditant absolument sa première tentative de suicide. Aussitôt relevée, on constata qu'elle n'avait que quelques petites érosions à la partie antérieure du genou gauche. Le lendemain le gonflement de l'articulation fut manifeste, et l'impotence fonctionnelle du membre complète. Le 20 décembre on aperçoit, en faisant mouvoir la rotule, une crépitation que l'on attribue au décollement des cartilages articulaires et qui persista longtemps, même lorsque la malade put marcher.

Elle expliqua plus tard que ses idées d'immortalité lui inspirèrent pour la seconde fois l'idée du suicide, car il n'y avait pour elle aucun autre moyen d'en finir avec la vie. Or, comme la pendaison, l'asphyxie par le charbon ne lui inspiraient aucune confiance, elle résolut de se jeter par la fenêtre.

Maintenant qu'elle voit ce mode de suicide ne réussir pas plus que les autres, elle est découragée, mais elle n'abandonne nullement ses idées de se donner la mort, et il faut la surveiller étroitement.

Mélancolie avec délire des négations. — Le délire des négations se mêle donc parfois au délire hypo-

condriaque; ce sont d'ailleurs les deux troncs issus d'une même souche somatique. C'est Cotard[1] qui a décrit le premier cette espèce morbide, que plusieurs auteurs[2], et notamment M. Séglas[3], ont étudiée dans ces derniers temps. Il s'agit ordinairement d'individus tristes, inquiets, ayant une tendance mélancolique marquée. Ils redoutent avec anxiété la ruine, les condamnations, la mort des êtres qui leur sont le plus chers. Ils s'accusent de toutes sortes de méfaits; ils sont damnés, possédés. A ce moment, ils sont poussés au suicide et tentent souvent de se mutiler. Puis apparaissent les idées de négation : ils n'ont plus de cœur, plus d'estomac, plus de sang, plus de cerveau; ils ne pensent plus, ils n'ont plus de sentiments affectueux, ils n'ont plus de volonté. Parfois, ces tendances négatives se portent sur le monde extérieur et même sur le domaine métaphysique : les malades nient l'âme, Dieu, la justice, etc. Des hallucinations de l'ouïe et de la vue viennent souvent s'ajouter aux conceptions délirantes. Au point de vue physique, le mélancolique négateur présente habituellement de l'analgésie.

L'évolution de cette variété de la mélancolie est

1. Cotard, Du délire hypocondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse, 1880, *Étude sur les maladies du délire des négations*, ouvr. cité, p. 307.

2. Ed. Toulouse, Le délire des négations, *Gaz. des hôpit.*, 1893, p. 301.

3. Séglas, *Le délire des négations*, Encyclopédie des aide-mémoire.

remarquable par sa tendance à la chronicité et par l'apparition des idées de grandeur à rebours. Le lypémaniaque négateur devient une personnalité très importante, mais dans le mal : il est Satan, il est immortel pour pouvoir souffrir éternellement; il n'urine pas de peur de causer un nouveau déluge; il refuse toute nourriture, car s'il mange il fera mourir de faim le monde entier. Le délire des négations devient alors un véritable délire d'énormité[1]. La guérison est possible. Parfois, on observe des rémissions, quelquefois la marche est continue. Le délire des négations peut aussi se transformer en démence : tout dépend du terrain sur lequel il se greffe.

Lorsque les idées de négation sont devenues très étendues et fortement systématisées, la physionomie du malade est réellement caractéristique. Sa conversation est monotone et présente toujours des tendances négatives qui coupent court aux questions qu'on lui pose. D'ailleurs il est généralement anxieux. Les mélancoliques négateurs commettent souvent des tentatives de suicide, mais qui n'aboutissent guère, faute de volonté. Parfois ils refusent de manger, parce qu'ils ne vivent plus et qu'ils n'ont pas de bouche. Quand la tendance négative se généralise, on a ce que Guislain a appelé la *folie d'op-*

1. Cotard, Le délire d'énormité, 1888, in *Études...*, ouvr. cité, p. 374.

position. Veut-on coucher les malades, les faire lever, les asseoir, les promener, ils ne veulent pas et ils s'opposent à toutes les tentatives de les diriger par un refus absolu.

La vision mentale peut être altérée chez les mélancoliques négateurs. Les travaux de Cotard[1] l'ont prouvé, non seulement pour les anxieux, mais pour les mélancoliques en général. Ils ont de la difficulté à se représenter les formes visuelles, les physionomies des gens qu'ils ont connus et les rues qu'ils ont souvent traversées. Il semble que l'audition mentale soit atteinte aussi[2].

En résumé, il y a dans cette variété de mélancolie les six caractères suivants :

1° Anxiété mélancolique;

2° Idée de damnation ou de possession;

3° Propension au suicide et aux mutilations volontaires;

4° Analgésie;

5° Idées hypocondriaques de non-existence ou de destruction de divers organes, du corps tout entier, de l'âme, de Dieu, etc.;

6° Idée de ne pouvoir jamais mourir.

Examinons ces divers caractères. L'anxiété mélancolique est le fond sur lequel se greffent d'ordinaire les autres éléments morbides. Les idées de

1. Cotard, Perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse, *Arch. de neurol.*, 1884, t. VII, p. 289.

2. Ed. Toulouse, *Le délire des négations*, ouv. cité.

damnation et de possession sont assez fréquemment associées au délire mélancolique et par elles-mêmes n'ont pas de signification précise. La propension au suicide est une des impulsions les plus fréquentes de la mélancolie; de même l'analgésie est un symptôme commun des états lypémaniaques. Restent — comme fait plus ou moins spécial — les idées de négation proprement dites, qui tantôt portent sur la personne psychique ou physique du malade (ils n'ont plus de pensée, d'énergie, de cerveau, de cœur, d'estomac, de jambes) ou sur le monde extérieur (rien n'existe, il n'y a pas de maisons, d'arbres autour d'eux). Chose curieuse, ces négateurs de leur propre existence déclarent souvent qu'ils sont immortels. Les deux idées ne sont pas inconciliables. « Cette idée de négation de la mort est généralement le corollaire de l'idée de négation de la vie. Les malades disent qu'ils ne vivent plus, comme ils affirment ne plus avoir d'os, de chair, de sang; et cependant, ils savent qu'ils ne sont pas morts, au sens matérialiste du mot. Ils continuent à souffrir, mais la conscience de cette nouvelle existence est tellement différente de celles qu'ils avaient auparavant, que cette survie est pour eux une sorte de mort. Et leurs tendances pessimistes leur font croire qu'elle ne se terminera pas. Ils sont donc immortels pour endurer éternellement leurs maux[1]. »

1. Ed. Toulouse, Le délire des négations, *Gaz. des hôp.*, 1893, p. 306.

Pour nous le délire des négations est un syndrome qui demande, pour être produit, certaines conditions, dont les principales sont des altérations de la cœnesthésie. La mélancolie réalise souvent ces conditions; aussi est-ce fréquemment dans cette maladie qu'on l'observe. Ce délire a-t-il une signification de gravité particulière, d'incurabilité, comme le croyait Cotard? Il paraît hasardeux de l'affirmer. Ce qui est vrai c'est qu'il ne se développe que dans certaines mélancolies anxieuses dont les altérations de la sensibilité seraient probablement importantes. Mais on peut rencontrer le délire des négations ailleurs que dans la mélancolie, et généralement dans toutes les maladies où il y a des dysesthésies, notamment dans l'alcoolisme, la paralysie générale, etc. Toutefois il est, dans ces affections, moins systématisé que dans les états mélancoliques.

Voici, résumée, l'observation d'un cas de délire de négation systématisé, publiée ailleurs par l'un de nous [1].

Obs. IX. — *Délire des négations systématisé.*

Mme Ne..., trente-six ans, entrée à l'asile Saint-Yon en août 1892.

Son grand-père maternel était alcoolique. Il fut enfermé à l'asile de Caen, où il mourut. Sa grand'mère manifesta à un moment de son existence des idées mélancoliques qui ne nécessitèrent pourtant pas son

1. Ed. Toulouse, Délire de négation à début précoce chez une mélancolique, *Bulletin de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1893, p. 25.

internement. Bien que le père de la malade fût un enfant naturel et ne connût jamais ses parents proches ou éloignés, les ascendants et collatéraux maternels de Mme Ne... représentaient un arbre généalogique des plus touffus. Son grand-père maternel était le frère de neuf enfants, et cette faculté prolifique ne se tarit point dans la descendance de toutes ces personnes, car à une réunion de famille tenue dans ces derniers temps, les membres présents furent au nombre de 64 (?). Cette fécondité anormale, dont on a voulu faire un caractère des familles névropathiques, est donc digne d'être notée.

Trois grossesses, dont une seule arriva à terme et encore pour donner lieu à la naissance d'un enfant mort. Pas de traces de syphilis. Réglée à l'âge ordinaire, vers treize ans; menstruation toujours capricieuse, retardant ou avançant. Sans être très robuste, elle a toujours joui d'une bonne santé. Son caractère était plutôt gai, et elle ne paraît pas avoir eu auparavant des idées bizarres, des impulsions irrésistibles, bref aucune des manifestations d'une organisation mentale vésanique. Mariée à vingt ans avec un homme qu'elle aimait. Elle aidait son mari dans son commerce, était travailleuse et satisfaite de sa position.

Aucun chagrin bien vif, aucune contrariété morale puissante, aucune grave maladie apparente n'étaient venues la troubler, lorsque en juin 1892, elle se sentit abattue, incapable de s'intéresser à ses occupations ordinaires. Elle souffrait alors de douleurs dans le bas-ventre, pour lesquelles elle alla consulter un médecin qui lui parla d'une opération éventuelle. Au retour de cette visite elle s'alita. C'est dès ce moment que, pour son entourage, date le début de ses troubles mentaux.

La malade se comporta tout d'abord comme une mélancolique anxieuse. Elle se désolait, pleurait, déclarait qu'elle allait mourir. La nuit elle était très agitée et ne dormait pas. A différentes reprises elle refusa de manger, toujours sous le prétexte que sa fin était proche. Cependant elle avait en même temps des idées de suicide. Mais il ne paraît pas qu'elle ait tenté bien

sérieusement de mettre ses projets à exécution ; car lorsqu'elle cachait un couteau sous son matelas, elle prévenait aussitôt son mari afin qu'il l'empêchât de s'en servir. Elle frappait sa tête contre les murs ou la martelait avec ses poings, sans se faire de blessures ; ou encore, elle fourrait le doigt dans son nez pour provoquer une hémorragie mortelle. Elle essaya aussi d'avaler des substances inoffensives, de la laine par exemple, dans le but de s'empoisonner. Donc si les idées de suicide existaient, la volonté de les exécuter manquait. Ce fait a été observé dans des cas analogues d'anxieuses négatrices. Il semble que dans l'état de fatigue morale où ces malades se trouvent, ils sont incapables de trouver l'énergie nécessaire pour s'ôter la vie.

Elle fut internée au mois d'août 1892. Le médecin qui la vit avant sa séquestration, constata qu'elle était une mélancolique ayant des idées de suicide, qu'elle se plaignait d'avoir un mal dans le cerveau qu'on ne pourrait lui enlever, et qu'elle ne paraissait pas avoir d'hallucinations. Notons que dès ce moment, cette idée d'incurabilité, qui est en quelque sorte le prodrome de l'idée d'immortalité, était exprimée par la malade.

A l'asile elle fut considérée comme une mélancolique anxieuse. Elle se plaignait de maux de tête et de ne pouvoir dormir, et déclarait souvent que sa maladie ne guérirait pas. Enfin dans ces derniers temps, elle exprima un matin des idées de négation. On l'interrogea avec soin et l'on fut étonné de constater que ses conceptions négatives étaient très étendues, stables et parfaitement systématisées.

Les idées de négation sont (1893) chez elle plus faciles à constater, bien qu'elles ne soient pas très étendues. Elle déclare d'abord qu'on lui a ôté sa tête, que celle qu'elle a n'est plus la même que celle qu'elle avait jadis. C'est le Seigneur qui a opéré cette transformation dans un but de punition, car elle est damnée. Elle n'a donc plus sa tête d'antan. Encore si la nouvelle était bien organisée ! Mais cette tête d'emprunt, c'est une boule

d'os ou de bois où il n'y a rien. Si on lui enlevait le cuir chevelu, on ne trouverait ni cerveau, ni nerfs, ni chair ni quoi que ce soit qui donne la pensée. Aussi ne peut-elle plus réfléchir, ni sentir, ni vouloir. Ses yeux aussi ont changé. Auparavant ils étaient trop clairs, ce qui la faisait souffrir. Ses oreilles s'en vont, elles s'émiettent comme du plâtre. Son nez est resté, mais il a la saillie du squelette, il ne sert plus à rien. Ses dents ne sont plus en ivoire; elles sont en fer, aussi ne pourrait-on les arracher. Les cheveux n'ont plus l'aspect ni la force d'autrefois, ils sont comme rentrés en eux-mêmes.

Son cou n'est plus droit. Elle ne peut le relever; aussi la tête penche-t-elle toujours. Son gosier n'est pas comme celui de tout le monde. Et elle insiste pour qu'on examine sa gorge, et explique que les deux parties qui tiennent le gosier (les voiles du palais probablement) ont été déchirées et n'existent plus. Son cœur est arrêté, il ne bat plus. On pourrait piquer toutes ses veines, il n'en sortirait pas une goutte de sang. Elle n'a plus de chair; elle imprime ses ongles sur sa peau, et s'écrie : « Vous voyez, cela reste, ce n'est plus de la chair. »

Les idées de négation de cette malade portent sur sa constitution physique et psychique, principalement sur la première et, dans celle-ci, plus particulièrement sur les organes contenus dans la tête. Elles ne sont pas toujours formulées dans des phrases grammaticalement négatives. Mais quand elle dit par exemple que ses oreilles s'en vont, il est clair qu'elle constate une destruction d'organe qui n'est pas encore achevée, mais qui est en train de se faire. Ces idées de négation physique sont associées à des idées de transformation de même ordre.

Se sentant transformée et réduite à l'état de « squelette », Mme Ne... se déclare immortelle. Cette idée est au plus haut point négative; elle est la conclusion logique des autres portant sur ses différents organes. La malade est donc immortelle, mais d'une certaine manière. Ce n'est

point là une idée de grandeur, comme on en rencontre chez certains persécutés, qui eux aussi sont parfois immortels parce qu'ils ont trouvé le moyen de vivre éternellement ou parce qu'ils sont d'une nature quasi divine. Ceux-là s'enorgueillissent de cette faculté supra-terrestre. Tout au contraire d'eux, Mme Ne... est immortelle parce qu'elle est damnée, parce qu'elle est une indigne qui ne priait pas Dieu, et à qui Dieu a infligé un châtiment terrible. Car c'est une peine et une peine épouvantable que cette immortalité dont elle souffre. Loin d'en être fière elle la déplore, elle en gémit toute la journée. C'est donc bien là une idée de grandeurs à rebours, telle que Cotard l'a différenciée des autres conceptions ambitieuses.

Il y a encore une remarque à faire sur cette idée d'immortalité qu'a Mme Ne... Elle est immortelle et en même temps elle est morte. Elle ne pense plus, elle n'a plus de chair, elle est réduite à l'état de squelette, et c'est pour cela qu'elle ne vit plus, ou tout au moins qu'elle ne vit plus comme jadis et de la même manière que les autres. Mais en même temps elle a conscience de cet état, qui emprunte à la vie ses souffrances et à la mort la durée éternelle.

« Je suis immortelle, dit Mme Ne..., parce que je suis un squelette, c'est-à-dire parce que je suis ce qui est immortel en nous. » Elle sent bien qu'elle ne vit pas, puisque sa tête est vide, que son cœur ne bat plus, mais elle sent aussi qu'elle n'est pas morte complètement, puisqu'elle a encore les apparences de la vie, la souffrance et la faculté de se lever, de marcher, de manger.

Mme Ne... est absolument persuadée qu'elle est morte physiquement. Aussi souriait-elle en racontant ses tentatives antérieures de suicide. Pourquoi essayerait-elle de se tuer? Une balle de revolver ricocherait dans sa tête comme dans une armoire, aucun poison ne pourrait la faire mourir. Cependant comme on lui énumérait tous les procédés par lesquels on peut se détruire, elle répond que si on la brûlait et la réduisait en cendres elle

ne souffrirait plus, et il ne resterait plus rien de ses formes vides, de ses apparences d'être vivant.

Les facultés intellectuelles de Mme Ne... ne sont pas du tout affaiblies. Sa mémoire est bonne. Elle n'a pas (?) d'effacement ou de perte de la vision mentale, symptôme qui paraît avoir quelque rapport avec les idées de négation. Elle raisonne bien sur tout ce qui ne touche pas aux matières de son délire hypocondriaque. Elle n'a pas d'hallucinations, ni d'illusions sensorielles.

Mais elle se sent transformée. Le monde extérieur ne lui paraît pas le même que jadis. Et cependant elle distingue tout et se rend compte parfaitement des choses qui l'entourent. Elle ne peut s'expliquer sur ses sensations nouvelles, qu'aucun mot ne pourrait rendre. Elle ressent en outre une diminution profonde de son énergie physique et morale.

On a cherché du côté des fonctions sensorielles quelques lésions qui pourraient être les agents provocateurs de ces idées délirantes. La sensibilité est atteinte surtout dans la partie postérieure du corps. Rappelons à ce propos que les idées de négation de Mme Ne... portent principalement sur les organes et les régions situés dans cette zone. Le membre supérieur, le cou et la tête présentent une diminution des trois formes de la sensibilité, au tact, à la température et à la douleur. Cette anesthésie serait profonde et intéresserait la peau, les muscles et même les os. Cependant il est bon de se mettre en garde contre les tendances des négateurs à formuler des réponses en rapport avec leur délire, quand on les interroge sur le fonctionnement de leurs organes; cela rend leur examen excessivement difficile. Ainsi l'on donne à Mme Ne... le dynamomètre et on la prie de serrer. Elle le fait mollement et déplace à peine l'aiguille en disant : « Je n'ai pas de force »; et cependant le lendemain elle atteignait le chiffre 28 de la main droite, mais seulement le chiffre 8 de la main gauche.

Le sens musculaire paraît aussi atteint. Les réflexes sont conservés; ceux de l'avant-bras (anesthésie) paraissent même exagérés.

Disons ici qu'il n'y a pas, à part cette anesthésie, de symptômes hystériques. La malade n'a jamais eu de crises nerveuses ni d'autres stigmates de cette névrose. D'ailleurs la vision des deux yeux est normale, tant pour l'étendue du champ visuel et de l'acuité de la vision que pour la reconnaissance des couleurs. Il en est de même pour l'audition, l'odorat et la gustation.

Au point de vue physique la malade ne présente pas de lésions organiques importantes. La peau n'est ni sèche, ni terne, ni violacée comme chez les mélancoliques. Il existe un certain degré d'embonpoint. La langue est bonne. La digestion se fait bien, l'appétit est satisfaisant.

N. B. — Mme Ne... est morte en présentant le même délire dans le courant de l'année 1893, à la suite d'accidents typhoïdes.

On peut observer des idées de négation dans d'autres états mélancoliques et par exemple dans ceux symptomatiques d'une paralysie générale, ainsi que le montre le fait suivant.

Obs. X. — *Idées de négation au cours d'un état de dépression symptomatique de la paralysie générale.*

Mme J... Marie, vingt-neuf ans, journalière, entrée le 6 octobre 1891 à l'asile Ste-Anne (service de M. Joffroy).

Pas de renseignements sur l'hérédité ni sur les antécédents personnels de la malade.

Symptômes psychiques : Mutisme dont il est difficile de tirer la malade. On peut constater :

1° Un état de dépression presque constant à caractère stupide;

2° Des accès d'excitation survenant par intervalles;

3° Un affaiblissement intellectuel progressif.

Un jour (le 29 mars 1893), la malade commence à manifester des idées de négation. « Je suis morte »,

dit-elle. Si on lui fait remarquer qu'elle parle, qu'elle ne peut pas être morte, puisqu'elle fait du bruit et qu'elle trouble le repos des autres malades, elle répond qu'elle ne parle pas, qu'elle ne fait pas de bruit, qu'elle n'ennuie personne. Puis elle ajoute : « Je suis crevée, tout le monde est mort ». On lui dit de regarder ses voisines, elle répond : « Je ne vois pas : elles sont toutes mortes. » On a beau lui dire que puisqu'elle parle à sa voisine, ni elle, ni sa voisine ne sont mortes, elle persiste à dire : « Je ne parle pas, je ne vois pas, je suis morte, tout le monde est mort. » Si on lui demande son nom, elle répond qu'elle n'en a pas, puisqu'elle est morte. Ces idées de négation stéréotypées durent depuis quelques mois.

Symptômes physiques : Exagération des réflexes aux membres supérieurs et inférieurs. Tonus exagéré de tout le système musculaire ; tremblement des lèvres, de l'orbiculaire et des muscles peauciers du menton à l'occasion de la parole. Quand la malade veut parler, les traits du visage se contractent davantage, elle fait visiblement des efforts, mais arrive avec peine à articuler quelques mots. Impossibilité de tirer la langue, affaiblissement musculaire généralisé.

Pupilles inégales (la droite très dilatée); elles ne réagissent pas à la lumière ni à l'accommodation. Nystagmus latéral double très prononcé. Pas de traces de syphilis sur le corps. Gâtisme. Elle reste quelquefois un jour sans manger. Les jours où la malade ne mange pas, les lèvres et la mâchoire sont plus contractées qu'à l'ordinaire et ce refus de nourriture paraît dû à l'impossibilité d'ouvrir la bouche.

Nous finirons là notre description des variétés des mélancolies-psychoses. On aurait pu, en développant quelque peu les principales idées délirantes, qui ont été passées en revue dans le chapitre précédent, constituer des formes plus nombreuses encore, — mais cela sans profit.

C. Mélancolies divisées selon le degré de cohésion du délire. — *Délires mélancoliques systématisés*[1]. — Les conceptions délirantes et les troubles sensoriels, propres à certains délires systématisés, peuvent s'observer dans le syndrome de la mélancolie absolument comme les symptômes de la mélancolie peuvent entrer à titre d'épiphénomènes dans le tableau clinique d'une paranoia. Ce point de la question a été dernièrement traité par M. Schloss[2]. Il fait remarquer très justement qu'il y a certains cas qui sont embarrassants et dont le diagnostic sera d'après les uns : mélancolie, et d'après les autres : délire systématisé. Les uns et les autres semblent avoir raison, car l'appréciation des phénomènes observés est toute subjective dans une question de cet ordre. D'ailleurs, il faut avouer que la clinique ne réalise pas toujours nos divisions artificielles : elle met souvent la mélancolie côte à côte avec un délire systématisé ou bien elle fait dériver l'un de l'autre de la façon la plus déconcertante pour nos classifications actuelles.

La *mélancolie religieuse*, qui peut être citée comme un exemple de délire mélancolique systématisé, se montre généralement chez des individus

1. Nous ne décrirons pas ici les délires mélancoliques non systématisés, formes morbides banales, que nous avons étudiées sous d'autres étiquettes.
2. Schloss, Melancholia und Paranoia, *Jahrb. für und Neurol.*, 1895, 1-2.

dont l'éducation a été très pieuse. Sous l'influence de la dépression mélancolique ils cherchent très naturellement une consolation dans les prières et dans la dévotion, mais ils s'aperçoivent bientôt que rien ne peut plus les soulager, ni les consoler. Ils ont perdu la faculté de sentir les bienfaits ordinaires qu'ils attribuent à leurs pratiques religieuses. L'anesthésie psychique, ce symptôme si fréquent de la mélancolie, en est la cause principale.

Lorsque ces malades ont bien constaté l'impossibilité de trouver du calme moral dans la prière, ils deviennent des désespérés. Bientôt ils sont des misérables pécheurs abandonnés de Dieu. Grâce à la résignation qui est au fond de tout état mélancolique, ils interprètent le malheur qui leur arrive comme une juste punition du ciel pour quelque faute imaginaire : « ils ont mérité tout cela, parce qu'ils n'ont pas assez prié. » Souvent les choses ne s'arrêtent pas là. Ils ont perdu la grâce divine. Dieu est en colère contre eux, et pour les punir dignement, les condamne aux tourments éternels de l'enfer. C'est de cette façon que les mélancoliques religieux versent très souvent dans la *mélancolie démonomaniaque*.

Il est bon d'ajouter que cette transformation ne s'observe pas toujours. Elle est subordonnée au terrain particulier sur lequel évolue la mélancolie religieuse. C'est ainsi que chez les hystériques, offrant des désordres sensitifs et moteurs nombreux, cette

évolution se fait très fréquemment grâce aux interprétations délirantes qu'elles font de leurs troubles morbides. Par exemple, une hystérique atteinte de mélancolie religieuse aura une névralgie intercostale ; immédiatement elle déclarera que le démon essaie de lui arracher le cœur. Une attaque convulsive sera donnée comme une preuve de possession par le même démon. La boule hystérique elle-même servira d'explication à la présence incontestable de Satan dans le corps de la malade.

Souvent des hallucinations de la sensibilité générale (brûlures dans la gorge ou sur la peau), de la vue (diable), de l'ouïe (voix du ciel ou de l'enfer), de l'odorat (soufre) viennent apporter leurs éléments pathogéniques dans ce tableau clinique : sous leur influence les malades ont de véritables raptus mélancoliques avec des impulsions au suicide et aux automutilations. D'après Krafft-Ebing[1], qui cite plusieurs observations de cette variété de la mélancolie, sa terminaison est généralement favorable. Les mélancoliques démonomaniaques guérissent graduellement; leur délire rétrocède et revient souvent à la mélancolie religieuse qui marquait la première phase de l'affection et qui disparaît ensuite à son tour d'une façon progressive. Dans ces cas, comme dans

1. Krafft-Ebing, *Handbuch für Psychiatrie*, 1890, p. 429. — Meynert, *Die primären Formn der Irreseius. Oesterreicher Zeitschrifft für practische Heilkunde*, 1871, 44-47. — Id., *Psychiatrie*, 1885, t. I, p. 39. — Frese, *Allgemeine Zeitschrifft für Psychiatrie*, 28 p. 487.

tous les autres, le terrain est un élément pronostique des plus importants.

D. Mélancolies-psychoses divisées d'après leur marche. — a. *Mélancolie continue.* — Son histoire se confond avec les variétés précédemment décrites.

b. *Mélancolie intermittente.* — En tant que phase de la folie intermittente, cette variété est essentiellement une vésanie d'accès qui peut se présenter plusieurs fois chez le même malade. Dans les intervalles entre les accès, la maladie semble avoir complètement disparu. Les accès apparaissent à des intervalles réguliers et présentent entre eux une ressemblance à peu près complète. Le malade manifeste exactement les mêmes conceptions délirantes, le même degré de résignation et d'aboulie. Le début peut être brusque comme la terminaison.

L'histoire de ces mélancolies intermittentes est intimement liée à l'histoire des folies intermittentes (périodiques, circulaires, à double forme [1]). Aussi ne pouvons-nous l'aborder ici. Par une de leurs périodes ces maladies réalisent un état mélancolique type. A ce point de vue elles sont très instructives.

1. Ritti, *Traité clinique de la folie à double forme*, 1883. — Magnan, De la folie intermittente, *Recherches sur les centres nerveux*, 2e série, 1893, p. 497.

Nous nous sommes beaucoup servi dans notre travail de l'observation d'une circulaire, qui présentait durant douze jours un état d'excitation sans perte de connaissance ni délire et qui durant quinze autres jours restait dans un état de dépression mélancolique. Nous avons donc pu étudier facilement les conditions somatiques de la gaîté et de la tristesse chez cette malade qui réalisait ainsi à merveille une excellente expérience de laboratoire.

Voici son observation.

OBS. XI [1]. — *Mélancolie à forme circulaire.*

Mme So..., Marie, trente-trois ans, entrée le 19 juin 1895 à l'asile Ste-Anne (service de M. Joffroy).

Père encore vivant, âgé de soixante ans ; prend de l'eau-de-vie le matin à jeun. Mère, cinquante-cinq ans, violente, emportée, usant aussi de l'eau-de-vie. Sœur de vingt-sept ans, mariée ; a eu, à trois ans, des convulsions à la suite desquelles est survenu du strabisme. Une autre sœur de seize ans, bien portante.

Rougeole à trois ans environ. Coqueluche aux environs de quatre ans. Bronchites et angines fréquentes. Réglée à treize ans. Mariée à vingt ans. A vingt et un ans naît son premier enfant, le seul qui vive encore, très chétif à sa naissance, très intelligent, mais de caractère très sensible. A vingt-six ans, elle accouche de deux jumeaux qui meurent tous deux, l'un au septième, l'autre au hui-

1. Cette observation très intéressante, que M. Joffroy nous a permis de recueillir dans son service, a servi à de nombreuses recherches. M. Dumas en a publié quelques-unes dans la *Revue philosophique*, 1896 et 1897. Malgré les nombreux détails que nous donnons ici sur cette malade, l'observation n'est pas complète. Elle sera un jour publiée dans son entier par M. Joffroy, qui continue d'étudier la malade.

tième jour. Quelques mois après leur mort, premier internement à l'asile de Clermont; elle y reste cinq ans. Sortie, elle ne reste que six mois dehors et est internée à l'asile de Villejuif, où elle fait un séjour de six mois, pendant lequel elle accouche d'une petite fille, qui meurt à sept mois de méningite. Transférée ensuite à l'asile de Clermont, où elle reste dix mois. Remise en liberté en novembre 1894.

Le 19 juin 1895, son mari l'amène à l'asile Sainte-Anne et y donne les renseignements qui suivent. Elle est d'intelligence médiocre et de caractère faible; elle ne possédait nullement les qualités d'une maîtresse de maison. Mais elle n'a présenté des signes de dérangement cérébral que depuis le mois de novembre 1887. Sept mois après la mort de ses deux enfants jumeaux, elle a commencé à se désintéresser complètement des affaires du ménage et est resté dans un état apathique. Cependant autrefois elle était prise pendant quelque temps de la manie de sortir et de se promener sans que rien pût la retenir chez elle. (La suite de l'observation révélera ce que signifie ce besoin de mouvement alternant avec des périodes de prostration et d'abattement complet.)

Quelques semaines après le début de ses troubles mentaux, elle attira chez elle un jeune homme, son voisin, et exigea qu'il fût continuellement auprès d'elle. Son mari constatant chaque jour l'aggravation de son état, l'envoya, sur les conseils du médecin, à la campagne, auprès de son père. Mais ce ne fut pas une faible charge pour celui-ci. C'est ainsi que, la malade étant prise un soir vers neuf heures et demie d'une de ces envies irrésistibles de sortir, le père se vit forcé, pour l'en empêcher, de l'attacher à son lit. Le mari, prévenu de ce fait, se décida à la faire interner à Clermont. Les motifs principaux spécifiés sont les suivants : « Folie érotique, excitation maniaque, hallucinations. Refus d'aliments. » On peut dire que le caractère de la maladie, nous voulons parler de ces alternatives régulières d'excitation et de dépression cependant déjà marquées, fut méconnu. Elle sortit de l'asile de Clermont en 1891.

En décembre 1892, elle était enceinte lorsque ses troubles mentaux nécessitèrent un second internement à Villejuif. Elle y accoucha d'une fille qui mourut à huit mois de diphtérie. Son certificat d'entrée signé du Dr Legras porte la mention suivante : « Débilité mentale avec dépression mélancolique, hallucinations de l'ouïe et de la vue, excitation par intervalles, violences envers son enfant, mutisme volontaire, refus de nourriture. Terreurs imaginaires. Fuite précipitée pour échapper aux ennemis qu'elle croit avoir. Grossesse de cinq mois. Entend une voix d'en haut qui lui dit de faire le bien. » Dans ce second certificat on doit relever les deux observations suivantes : dépression mélancolique et excitation par accès. Il n'y a qu'à rapprocher ces deux états et à constater leur alternance par périodes successives pour caractériser la folie intermittente de la malade.

Après être restée six mois à Villejuif, elle est transférée à Clermont, où elle est maintenue durant dix mois. Dans l'intervalle, le mari essaya de la reprendre, mais fut obligé de la ramener à l'asile trois mois après. Sortie définitivement de Clermont en décembre 1894, elle rentre chez son père. Elle était alors incapable de s'occuper de quoi que ce soit. En janvier son mari la reprend avec lui. Elle n'a plus à ce moment les hallucinations dont elle souffrait auparavant.

A ce moment son état morbide est nettement compris et observé par le mari ou encore se précise. Pendant huit à dix jours, cette femme était dans un état d'abattement absolu : elle restait couchée comme une masse inerte, ou, si elle se levait, c'était pour s'asseoir sur une chaise et y rester sans mouvement et sans parole pendant toute la journée, refusant de manger et même d'aller à la selle. Puis, également pendant huit ou dix jours, elle sortait toute la journée et ne rentrait que le soir; dehors elle accostait les passants, se prostituait parfois et revenait de ses expéditions les poches bourrées d'objets de toutes sortes. Pendant cette période elle était même agitée la nuit au point de ne pouvoir dormir; son appétit était exagéré. Ces deux cycles en se

succédant duraient à peu près un mois, ils se renouvelèrent ainsi durant quatre à cinq mois. Ses règles coïncidaient généralement avec sa période d'agitation, sauf au mois d'avril 1895, où elles sont apparues alors que la malade était couchée. A partir de ce moment les menstrues ne reparurent plus, la malade étant enceinte.

Le 3 juin 1895, pendant un de ses jours d'excitation, elle partit brusquement de chez elle et s'en alla à pied un peu au hasard dans la direction de son pays. Elle mendiait pour vivre, couchait la nuit à la belle étoile. Un soir où elle avait voulu se loger près d'une briqueterie elle fut aperçue par les ouvriers, qui la possédèrent tous successivement. Elle avoue du reste qu'elle se prêta à ces violences sans trop se défendre. Mais c'est la seule fois que pareille chose lui serait arrivée pendant son escapade. Elle arriva ainsi à T..., très fatiguée, sans chaussures aux pieds, toujours mendiant. Le maire du pays écrivit au mari, qui alla la reprendre. Son voyage avait duré quinze jours.

De ce qui précède il est facile de conclure que c'était là une folie circulaire constituée par des périodes alternantes d'excitation et de mélancolie.

La malade, entrée à l'asile, fit, le 20 juillet 1895, une fausse couche et expulsa un fœtus de trois mois et demi. Toutes les parties de l'œuf sortirent intégralement, et l'hémorragie fut abondante. A la suite de cet accident, la malade engraissa et présenta très nettement à notre observation les alternances d'excitation et de dépression.

Rien de plus différent que la physionomie, l'attitude et les manières de Mme So..., dans la période d'excitation et dans la période de dépression. Dans la première, elle est « toute en dehors », la physionomie réjouie, gaie, loquace, fatiguant son entourage de son verbiage incessant, déchirant ses vêtements, faisant dans le service la mouche du coche, mangeant beaucoup, devenant licencieuse et manifestant parfois quelques idées de persécution à l'égard de sa belle-mère dans ses propos

et ses gestes. Dans la seconde, elle reste assise toute la journée, les traits affaissés, présentant le masque de la tristesse, incapable de ne rien faire, indifférente à tout ce qui se passe, parlant peu et à voix basse, refusant parfois les aliments, ayant la langue sale, les mains cyanosées, et se comportant entièrement comme une mélancolique.

Ce n'est pas l'aspect seul qui change, mais tous les processus physiologiques; et l'on peut étudier dans chacune des deux périodes les conditions somatiques de la joie ou celles de la tristesse. D'une façon générale on peut dire que tout (température, nombre de pulsations et de respirations, tension artérielle, quantité des urines, poids du corps, force dynamométrique) s'élève dans la période d'excitation et s'abaisse dans la période de dépression, ainsi qu'on peut le voir dans le tableau suivant (fig. 15).

Mais examinons avec quelques détails chaque chose.

Le *poids du corps* croît dans l'excitation et diminue dans la dépression. C'est là une résultante d'autres variations, et notamment des modifications parallèles de l'appétit. Les variations de poids sont de 3 kilos en moyenne d'une période à l'autre. Dans une année, elles n'ont pas dépassé le maximum de 6 kilos (de 60 à 66 kilos). Le poids baisse d'ordinaire au commencement de la dépression, se relève quand vient l'excitation et continue ce mouvement d'ascension jusqu'à la fin de cette dernière période, de sorte que la ligne graphique du poids décrit une courbe à concavité supérieure dont les deux extrémités correspondent au com-

mencement de la dépression et à la fin de l'exci-

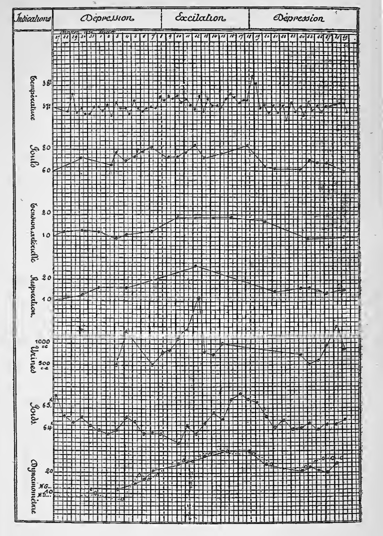


Fig. 15. — Variations dans la mélancolie circulaire.

tation et le milieu à la jonction des deux périodes.

La *température* subit des modifications qui pourraient être représentées par la même courbe graphique. Il n'y a guère qu'un degré de différence au maximum entre les deux températures ; les variations moyennes ne sont même que de quelques dixièmes autour de 37°.

La composition du *sang* paraît subir les modifications tout aussi importantes d'après les recherches encore inédites de M. Dumas, qui a constaté les faits suivants : Au début de la période d'excitation il y a une forte diminution (apparente) de globules à cause de la vaso-dilatation. Au début de la période de dépression il y a une forte augmentation (apparente) de globules, à cause de la vaso-constriction. Dans le courant des périodes au contraire : en excitation, il y a croissance continue (et réelle sans doute) et, en dépression, décroissance continue (et réelle probablement aussi) [1].

La *force musculaire* change aussi dans chacune des deux périodes. Les différences sont de 15 kilos en moyenne ; elles oscillent entre 10 et 30 kilos.

Le *pouls* change aussi ; le nombre des pulsations oscille entre 60 et 80, la tension artérielle entre 10 et 20. La forme de la pulsation est ample dans l'excitation (fig. 16) et contractée dans la dépression (fig. 17).

Le *pouls capillaire*, pris avec le pléthysmographe de Hallion et Comte, est ample dans l'excitation (fig. 18).

1. G. Dumas, *Revue philosophique*, 1897, n° 6, p. 626 et suiv.

Dans la dépression il n'existe pas, ou du moins il est tellement faible, même après avoir réchauffé les mains, qu'il ne peut être enregistré.

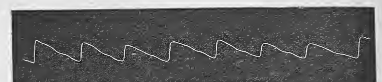


Fig. 16. — Pouls dans la mélancolie circulaire (excitation).

Le nombre des *mouvements respiratoires* oscille entre 10 et 20. La respiration est ample dans l'excitation (fig. 19) et superficielle dans la dépression (fig. 20).

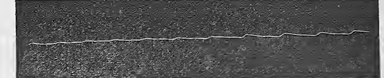


Fig. 17. — Pouls dans la mélancolie circulaire (dépression).

Les *urines* oscillent de 500 à 2000 c. c. Les éléments varient aussi. Dans la période d'excitation, les éléments urinaires sont en quantité ordinaire, sauf les chlorures, qui sont, ainsi que la densité, un



Fig. 18. — Pouls capillaire dans la mélancolie circulaire (excitation). 10″.

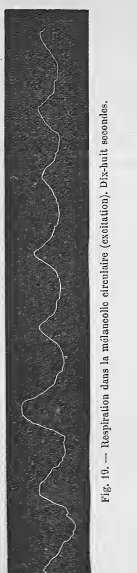


Fig. 19. — Respiration dans la mélancolie circulaire (excitation). Dix-huit secondes.



Fig. 20. — Respiration dans la mélancolie circulaire (dépression). Dix-huit secondes.

peu diminués. Dans la période de dépression, la densité devient normale, l'urée diminue, l'acide urique augmente ainsi que l'acide phosphorique (dénutrition des éléments nerveux). Ces résultats sont consignés dans le tableau suivant[1] :

Variations des éléments de l'urine dans la mélancolie circulaire.

ÉLÉMENTS	MOYENNE chez la femme.	CHEZ SO...	
		En excitation.	En dépression.
Densité........	1018 à 1020	1015	1021,6
Acide urique.......	0,30 à 0,40	0,30	0,62
Urée...............	20 à 28 gr.	28	18,20
Ph O^5 total	1/10	1/11	1/6
Ph O^5 Rapport à l'urée...	2 gr. 30	2,40	3,12
Chlorures..........	8 à 10 gr.	6,50	7,40
Indican............	Proportion minime.	Proportion minime.	Proportion élevée.

L'*état mental* se modifie aussi considérablement, ainsi que nous l'avons dit. Pour étudier quelque chose de mesurable, nous avons pris les Temps de réaction dans les deux états opposés (excitation et dépression) et dans un état intermédiaire rarement observable et pouvant être considéré comme l'état normal se rapprochant cependant plutôt de l'exci-

1. Les analyses d'urines ont été faites par M. Tiffenau, interne de l'asile Sainte-Anne; les chiffres donnés sont des moyennes.

tation que de la dépression. Ces expériences ont été faites avec le concours éclairé de M. Vaschide, du laboratoire de psychologie physiologique à l'école des Hautes Études dirigé par M. Binet, et ont fait déjà l'objet d'une communication[1] à la Société de Biologie.

Les expériences ont eu lieu entre dix heures et midi. Les temps de réaction étaient pris avec le chronomètre de d'Arsonval, à l'aide d'un dispositif nouveau dû à M. A. Binet[2] et consistant à mettre entre l'expérimentateur et le sujet un écran, afin d'empêcher les perceptions visuelles subconscientes, qui jouent un si grand rôle dans ces états d'attention soutenue. On avait expliqué à la malade la manière dont elle devait réagir, et on n'a commencé l'expérience qu'au bout de quelques essais. D'abord on a pris les réactions simples, et, à la suite d'un repos de dix minutes, les réactions de choix.

Réactions simples. Le sujet doit réagir aussitôt après avoir entendu le bruit d'un signal frappé sur la table. On a fait chaque fois 30 essais, mettant en moyenne un intervalle de 10 secondes entre chaque excitation auditive. Il faut remarquer que la malade n'a eu qu'une réaction anticipée dans toutes les trois

1. E. Toulouse et Vaschide, Temps de réaction dans les deux périodes d'une mélancolie circulaire, *Soc. de Biologie*, 1897.
2. Pour les détails de cette méthode nous renvoyons à un volume de M. Binet, en préparation, la *Psychologie individuelle*.

séances et seulement quand elle était dans l'état normal (entre la 12e et la 13e seconde). A part ce cas, elle a toujours bien réagi et paraissait, surtout lorsqu'elle était excitée, mettre beaucoup d'amour-propre à faire pour le mieux. Dans cet état, elle avait de la peine à tenir les yeux fermés, et elle éclatait en un rire fou de joie lorsqu'elle croyait

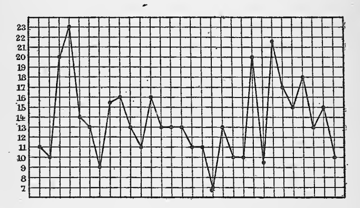


Fig. 21. — Temps de réaction simple dans la mélancolie circulaire (excitation).

avoir bien réagi. Dans l'état dépressif cette ambition était moins visible quoique de temps en temps un léger sourire de satisfaction se dessinât sur le masque mélancolique de la figure. Nous ne faisions au sujet aucun signe d'approbation ni de désapprobation.

Les temps de réaction ont été, en excitation, de 13.67 [1], chiffre qui est inférieur à celui correspon-

1. Centièmes de seconde.

dant à la moyenne générale, évaluée à 15 environ.

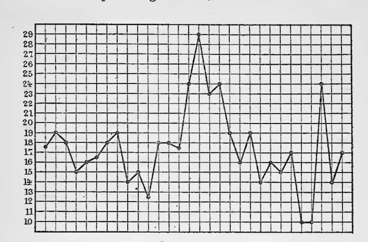


Fig. 22. — Temps de réaction simple dans la mélancolie circulaire (état normal).

Ces temps se sont allongés à l'état normal (17.77) et encore plus à l'état de dépression (25.55).

Réactions simples.

	MOYENNE arithmétique.	VARIATION de la moyenne.
Excitation....................	13,67	3,07
État normal..................	17,77	3,23
Dépression....................	25,55	8,14

Les variations moyennes ont été en général grandes et supérieures à la moyenne (2), tout en

conservant le même rapport avec le temps moyen des réactions, ainsi que le montre le tableau précédent (p. 221). Pour la construction des moyennes

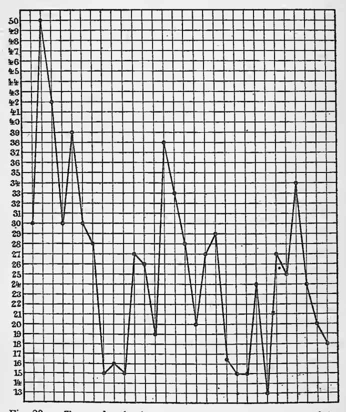


Fig. 23. — Temps de réaction simple dans la mélancolie circulaire (dépression).

on n'a pas fait d'éliminations, aucun chiffre n'étant très éloigné de la moyenne.

Réactions de choix. Il était entendu que le sujet réagirait lorsqu'il entendrait le bruit du signal sur

la table et ne réagirait pas lorsque le signal serait frappé sur une boîte dont le son fourni était tout différent de l'autre. On mettait un intervalle moyen de 10 secondes entre chaque essai. On arrêtait l'expérience lorsqu'on avait obtenu 30 bonnes réactions, c'est-à-dire 30 réactions répondant aux signaux convenus. Le tableau suivant montre les résultats des expériences, pour ce qui est des moyennes et des variations.

Réactions de choix.

	MOYENNE arithmétique.	VARIATION de la moyenne.
Dépression	27,18	3,01
Excitation	24,25	0,72
État normal	29,52	0,65

Pour obtenir les moyennes arithmétiques et les variations, on a dû éliminer, comme très éloignés, quelques chiffres (60 pour l'état normal ; 70 et deux 50 pour la dépression ; 240 et deux 50 pour l'excitation). Les 0, c'est-à-dire les réactions dans lesquelles la malade n'avait pas répondu au faux signal, ainsi qu'il avait été convenu, n'ont pas été comptés dans les moyennes. Il y en a eu 7 dans l'état normal, 10 dans l'état d'excitation et 19 dans l'état dépressif.

On remarquera que les temps moyens sont un

peu plus longs que la moyenne générale (20 environ). Les chiffres obtenus montrent en outre la diminution de l'attention dans les 3 états et plus encore dans les périodes d'état normal et de dépression. Les variations moyennes présentées par la malade sont en rapport avec les oscillations de l'attention ; et ces dernières sont très grandes en dépression. Dans cet état, la malade semblait se fatiguer de temps à autre et donnait alors des réactions très ralenties. Si on écartait ces temps de distraction, on se rendrait compte que la moyenne arithmétique est courte et les variations peu grandes.

D'autre part, les réactions mauvaises ont été plus nombreuses en excitation (15) que dans l'état normal (11), et très rares en dépression (3). Les mauvaises réactions étaient relativement courtes. Les trois de la dépression étaient de 23, 26 et 70 (par conséquent la valeur médiane (Scripture)[1] était de 26); celles de l'état normal avaient une valeur médiane de 24 et celles de l'excitation de 20.

La malade se prêtait bien aux expériences et mettait ce faisant beaucoup d'amour-propre, surtout en excitation. Dès qu'elle avait une fausse réaction elle semblait se réveiller d'un engourdissement passager. C'est ainsi qu'après cette énorme réaction de 240 elle s'est frotté les yeux en disant : « Oh ! j'avais oublié, je croyais qu'il ne fallait pas serrer. »

1. *Année psychologique*, 1896, p. 764.

Elle paraissait réagir automatiquement, surtout dans ses mauvaises réactions de choix, qui étaient plus rapides que les bonnes. Dès qu'elle était habituée à un de deux sons, après deux ou trois par exemple, on était sûr de la tromper en changeant le signal.

Ces expériences sur les temps de réaction montrent, si on ne veut considérer que les deux périodes extrêmes, en quoi, chez cette malade, l'excitation et la dépression sont différentes. L'excitation se caractérise par une plus grande rapidité des processus simples et par une rapidité bien moindre des processus complexes; par une attention plus soutenue et par des erreurs plus nombreuses (réactions mauvaises). L'excitation représente l'automatisme pur avec son accélération et l'absence de réflexion. Dans la dépression l'intelligence est moins rapide, l'attention se fatigue facilement (quelques réactions très longues), mais les erreurs sont beaucoup plus rares.

Les lettres de la malade témoignent aussi du changement de l'état mental dans les deux périodes opposées. Voici d'abord une lettre écrite à son mari en excitation et qui est remarquable par l'abondance et par ses idées de satisfaction.

Mon Cher A...,

« Je suis très inquiète de n'avoir pas de vos nouvelles depuis le 29 octobre, ce qui fait une longue durée de trois mois et demi. Que vous est-il arrivé depuis ce temps qui m'a paru si long vraiment? Une grave indisposition à notre mère, à toi ou à notre cher grand Paul. Je ne

sais plus quoi penser et cela depuis de longues semaines. Quant à une maladie, j'ai toujours supposé que tu m'aurais écrit, soit au début ou pendant la période de mieux, soit à l'un ou à l'autre de vous trois. Que le Seigneur écarte maintenant de notre famille les grands malheurs, surtout les maladies et la mort de ceux que nous avons toujours aimés et que nous aimerons toute notre vie; car depuis près de quatorze ans nous avons perdu des êtres bien chers à notre cœur, et nos enfants bien-aimés qui seraient déjà si grands et si gentils et nous donneraient peut-être tant de satisfactions. La volonté du Tout Puissant a été autrement pour nous; il faut nous résigner et toujours espérer voir pour nous luire des jours meilleurs.

« J'ai une très bonne nouvelle à t'annoncer à mon sujet. D'abord je te parlerai de ma santé; elle est excellente depuis près de deux mois, sauf des maux, ou plutôt, douleurs de tête assez violentes et par cela même de peu de durée, heureusement pour moi, n'est-ce pas? Dans cette occasion le manque d'appétit arrive souvent, seulement l'humeur est sombre, je ne peux me livrer à aucun travail sérieux, ni à aucune distraction autre qu'une bonne lecture d'un journal qui m'intéresse, tel que le *Petit Journal* et son supplément qui m'est prêté par une compagne assez souvent, ce qui me fait grand plaisir. Le temps passe encore beaucoup plus vite et plus agréablement en travaillant soit à des travaux de couture ou autres non moins agréables. Dans quelques jours, j'espère avoir cette satisfaction.

« Je t'en prie, cher ami, réponds-moi de suite afin de me rassurer ou alors viens me voir jeudi ou dimanche prochain; je t'attends avec une légitime impatience.

« J'ose espérer aussi que tous nos parents se portent bien, depuis de si longs mois de part et d'autre sans nouvelles, il faut que je mette fin à cet état de choses, car mon tourment est bien grand de ce côté.

« Je suis heureuse de te dire que depuis deux semaines, je passe presque toute la journée à l'infirmerie où tu es venu plusieurs fois me voir, j'aide nos deux infir-

mières depuis 5 heures un quart chaque matin et cela jusqu'à 5 heures du soir. Enfin j'aide le plus que je peux et marche beaucoup, à 8 heures soir au lit. Te dire le bon repos que je prends ; lassée de marcher comme je le fais et sur le parquet ciré, c'est justement beaucoup d'exercice que M. le Docteur en chef m'a recommandé de prendre pour me guérir promptement. J'allais oublier une chose tout à fait essentielle pour nous tous. Un grand bonheur pour moi, c'est qu'un congé de 8 jours m'est accordé par M..., ce bon Docteur en chef. Tu n'as qu'à venir lundi ou vendredi matin de 9 à 10 heures ou lui écrire ainsi qu'à Monsieur le Directeur. Cher Augustin, je te quitte non sans t'embrasser de loin du plus profond du cœur, ainsi que notre cher fils, notre Paul qui est gentil, j'espère, aussi bien obéissant; j'envoie aussi mes meilleurs et bons baisers affectueux à maman Bet... ainsi qu'à notre bienaimée sœur Hortense que je serai si heureuse de revoir bientôt. »

Voici maintenant une autre lettre, écrite en dépression, et qui est remarquable par son laconisme et aussi son sentiment de tristesse.

Mon Cher Mari,

« Je suis un peu malade depuis quelque temps; si tu étais venu me voir plus tôt l'ennui ne me serait pas revenu.

« J'espère que ta santé est bonne ainsi que celle de notre Paul et de même maman Bet...

« Je termine en te souhaitant une bonne santé. »

Quelques mots sur les périodes et leur succession. L'excitation dure moins (12 jours en moyenne) que la dépression (15 jours en moyenne). Les deux périodes ont une durée moyenne de 27 jours, c'est-à-dire d'un mois lunaire. Il ne paraît y avoir d'ailleurs aucun rapport entre l'enchaînement des périodes et

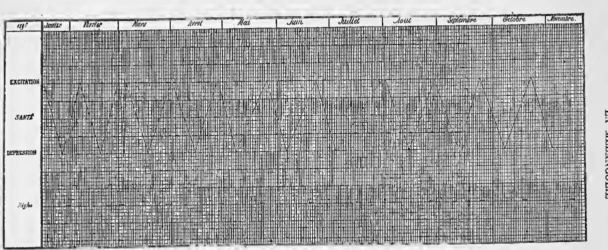


Fig. 24. — Mélancolio circulaire; succession des périodes. (Par une disposition graphiquo vicieuse, los angles, qui devaient représenter le moment do plus grande excitation ou de plus grande dépression, correspondent aux changements de périodes. Les lignes ascendantes indiquent la durée des dépressions, et les lignes descendantes celle des excitations.)

la succession des phases de la lune. C'est ainsi que chacune des périodes a concordé, durant l'année 1896, avec des quartiers différents.

Le passage de la dépression à l'excitation se fait d'habitude brusquement, en une nuit, d'une heure à l'autre, et quelquefois à midi. Il en est de même pour le passage inverse. Rarement on a le temps d'observer une période intermédiaire à l'excitation et à la dépression, laquelle constituerait un état normal. Quelquefois la période d'excitation est interrompue par une excitation de courte durée, ce qui tend à allonger sa durée totale.

Les règles ne viennent pas toujours à des intervalles réguliers. Elles s'observent ordinairement à la fin de la période de dépression ou au commencement de la période d'excitation, ainsi qu'on peut le voir, ainsi que les détails énumérés plus haut, dans le tableau ci-contre (fig. 24). La lune ne paraît avoir aucune action sur les périodes.

c. *Mélancolie rémittente.* — Elle ne diffère de la précédente que par ce fait qu'au lieu d'intervalles de santé parfaite le malade présente de simples rémissions.

2. Mélancolies symptomatiques

Dans le précédent chapitre nous avons essayé de décrire les principales formes cliniques de la mélan-

colie. Bien que les variétés avec stupeur, anxiété ou délire hypocondriaque puissent se présenter comme plus ou moins liées pathogéniquement avec des états somatiques (intoxications, maladies infectieuses) et que, à ce point de vue, elles seraient justiciables de l'épithète de symptomatiques, nous les avons surtout considérées dans notre description comme des psychoses pures. Il reste donc à étudier la mélancolie dans ses modalités cliniques en rapport avec leurs causes plus ou moins apparentes, c'est-à-dire les états mélancoliques nettement symptomatiques dont nous essayerons d'indiquer — le cas échéant — les particularités d'aspect et d'évolution liées à la pathogénie.

Les mélancolies symptomatiques sont par exemple celles qui se développent sur un terrain dégénératif, celles d'origine alcoolique, celles qui évoluent chez les paralytiques généraux. C'est dire que, pour les analyser, il faut passer en revue l'étiologie tout entière de la mélancolie pure ou symptomatique : la prédisposition vésanique, héréditaire, congénitale ou acquise dont l'aboutissant est la dégénérescence, et les causes directes, sociales, biologiques, physiologiques, pathologiques, etc. A propos de chaque cause nous indiquerons — quand il y aura lieu — les formes morbides spéciales, qu'elles sont susceptibles de déterminer.

Les maladies mentales peuvent s'accompagner d'un état mélancolique, qui leur est associé. Mais

dans les cas de ce genre, comment établir que tel groupe de symptômes forme une espèce morbide coexistante? Souvent — Guislain disait toujours — les maladies mentales commencent par un stade de dépression; tel le délire des persécutions. Mais faut-il voir là une maladie — la mélancolie — qui en amène une autre? Il est plus logique d'admettre que la période de début du délire des persécutions est une période d'état de dépression mélancolique. Quelquefois cependant il paraît y avoir une véritable association de délire mélancolique et de délire des persécutions, ainsi qu'il ressort d'une observation de M. Magnan[1].

1. Magnan, De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné, *Recherches sur les centres nerveux*, 1893, p. 413.

CHAPITRE V

ÉTIOLOGIE

Dans ce chapitre nous aurons en vue l'étude des causes de tous les états mélancoliques, aussi bien de ceux qu'on appelle des psychoses pures que de ceux qu'on appelle des délires symptomatiques. Si nous agissions autrement, il nous faudrait faire deux chapitres d'étiologie. Et comme bien souvent les mêmes causes peuvent produire des états psychopathiques qui, pour certains auteurs, ont tous les caractères des vésanies essentielles et qui, pour d'autres, représentent des troubles mentaux vagues, incapables de constituer des entités morbides, il nous faudrait nous répéter. Toutefois nous indiquerons au fur et à mesure celles des causes qui sont plus spécialement productrices des mélancolies-psychoses et celles qui sont plus spécialement productrices des mélancolies symptomatiques. Est-il besoin de dire que les facteurs étiologiques sont

beaucoup plus nombreux pour ces dernières? En effet on se représente — du moins c'est actuellement l'opinion courante — les mélancolies dites vraies comme des maladies essentielles dont les causes sont le plus souvent ignorées ou bien éloignées ainsi que les tendances héréditaires, ou encore simplement occasionnelles ainsi que les influences extérieures pathologiques et autres. Au contraire chaque fois qu'un facteur étiologique (l'alcool, une fièvre typhoïde, la paralysie générale) est très apparent et semble avoir une grande force, on est porté à ne voir dans le produit psychopathique qu'une vésanie symptomatique. Nous dirons au courant de ce chapitre quelles idées l'étude attentive des faits nous a permis de nous faire sur ce sujet.

Il est naturel de diviser cette étude étiologique en deux grands paragraphes : la prédisposition qu'on s'attache à rechercher à l'origine de toute maladie mentale et les causes que l'on peut appeler directes. Pour l'exposé de ce chapitre nous suivrons le plan du travail de l'un de nous [1], où nous puiserons, en les résumant, les faits qui nous intéressent ici.

1. Prédisposition.

On dit qu'un individu est prédisposé à une maladie lorsque, placé *apparemment* dans les mêmes condi-

1. Ed. Toulouse, *Les causes de la folie, Prophylaxie et assistance*, 1896.

tions que d'autres individus, il est plus apte que ces derniers à tomber malade.

Cette prédisposition, qui est un fait général dans toute la pathologie, peut être léguée par les ascendants ou bien être acquise par l'individu durant son développement intra-utérin ou plus tard durant sa vie au dehors du sein maternel. C'est dire que cette prédisposition a des facteurs héréditaires ou congénitaux ou encore qu'elle peut être acquise.

Hérédité. — On appelle hérédité, en biologie, « la transmission des ascendants aux descendants par voie de génération sexuelle, des propriétés ou qualités naturelles ou acquises [1] ».

Alors que la plupart des naturalistes [2] inclinent aujourd'hui à admettre que les caractères acquis ne se lèguent pas ou que d'une façon exceptionnelle, et bien que d'autre part la maladie soit un caractère acquis par l'individu, les médecins croient fermement à la transmission des maladies des ascendants aux descendants. On distingue l'hérédité similaire — c'est-à-dire la transmission d'un même accident pathologique — de l'hérédité dissemblable, qui est au contraire la transmission d'un élément morbide

1. Sanson, *L'hérédité normale et pathologique*, 1893, p. 2.
2. Weissmann, *Essai sur l'hérédité*, trad. H. de Varigny, 1892. — Wallace, *Le darwinisme*, trad. H. de Varigny (Bibliothèque évolutionniste).

transformé. Le père léguant son cancer à son fils, c'est le premier cas; l'épileptique engendrant un aliéné, c'est le second. Or en pathologie et surtout en pathologie mentale, l'hérédité similaire est peu commune.

La mélancolie par exemple se transmet rarement en nature; et il est relativement peu fréquent de la rencontrer chez les ascendants et les descendants des lypémaniaques. Il n'apparaît pas que les descendants de mélancoliques qui deviennent eux-mêmes aliénés soient plus souvent atteints de lypémanie que d'une autre variété d'aliénation mentale.

Toutefois la transmission héréditaire des impulsions au suicide, qui est bien souvent une variété de la mélancolie, a frappé les observateurs depuis Gall jusqu'à nos contemporains [1]. Certaines familles ont été ravagées, au sens exact du mot, par le suicide, qui a pu causer jusqu'à six décès en cinquante ans dans une famille (Le Roy [2]). L'observation de Maccabruni [3] est aussi très instructive à cet égard. On a remarqué que dans les suicides familiaux, les

1. Esquirol, ouvr. cité, I, p. 580 et suiv. — P. Falret, *De l'hypochondrie et du suicide*, p. 5 et suiv. — Moreau (de Tours), *Psychologie morbide*, 1859, p. 170 et suiv. — Cazauvieilh, *Du suicide, de l'aliénation mentale et du crime contre les personnes*, 1840. — Marc, *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*, 1840, t. II, p. 420 et suiv.

2. Le Roy, *Étude sur le suicide et les maladies mentales dans le département de Seine-et-Oise*, 1870, p. 199.

3. Déjerine, ouvr. cité, p. 66.

moyens employés étaient bien souvent les mêmes [1]. C'est encore au même âge que les individus se tuent ou sont pris du désir de le faire [2]. Le même lieu est choisi [3]. Mais jusqu'à quel point peut-on accuser l'hérédité de pareilles similitudes? Qu'on accepte la transmission d'une certaine organisation et d'un certain caractère à tendance triste, la chose peut se soutenir avec quelque vraisemblance. Mais si les individus emploient les mêmes armes, choisissent les mêmes lieux, et cela au même âge que leurs ascendants, c'est surtout parce qu'ils sont poussés à imiter d'une façon identique les actes de leurs parents qui les ont beaucoup impressionnés. Marc [4] l'a fort bien dit : « Dans la presque unanimité des cas cette disposition héréditaire ne dégénère en suicide que par l'exemple. »

Quoi qu'il en soit, il n'est pas exceptionnel de rencontrer, chez les ascendants des suicidés, des gens qui se sont donnés volontairement la mort. Mais ces cas sont-ils fréquents? Il est à remarquer qu'on n'a pas recherché les faits — peut-être plus nombreux — de suicidés engendrant des sujets qui ne manifestent pas les mêmes impulsions. En définitive on doit accepter que les suicides familiaux sont des faits exceptionnels.

1. Hammond, *in* Feré, *La famille névropathique*, 1894, p. 29.
2. Esquirol, ouvr. cité, p. 580 et 581.
3. Mabille, Trois cas de suicide survenant en trois ans chez trois sœurs, *Ann. méd.-psych.*, 1891, t. XIV, p. 228.
4. Marc, ouvr. cité, t. II, p. 420.

Quant aux états mélancoliques, nous avons dit que rien ne pouvait faire admettre qu'ils se transmettaient ordinairement sous leur forme des ascendants aux descendants. Ce qui est plus ordinaire c'est de voir des sujets mélancoliques fils d'autres aliénés. « Toutes les formes de la folie, disait Marcé [1], manie, mélancolie, délire partiel, s'engendrent réciproquement et d'une manière indistincte. » Morel [2], Griesinger [3] pensaient de même. Parmi les ascendants des mélancoliques on peut donc rencontrer tous les genres de psychopathes. Les travaux de M. Doutrebente [4] et de M. Legrain [5] sont très intéressants à cet égard.

Mais on ne trouve pas seulement que des aliénés; on rencontre aussi des névropathes, car les uns et les autres sont cousins germains — ainsi que l'avaient remarqué les premiers aliénistes (Guislain [6], Griesinger [7], Moreau (de Tours) [8]). C'est ainsi que l'on trouve, soit parmi les ascendants des mélancoliques, soit parmi leurs descendants — car les descendants prouvent l'hérédité autant que les ascen-

1. Marcé, ouvr. cité, p. 107.
2. Morel, *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 115.
3. Griesinger, *Traité pratique...*, ouvr. cité, p. 186.
4. Doutrebente, *Étude généalogique...*, p. 197 et 368.
5. Legrain, *Du délire chez les dégénérés*, th. Paris, 1886.
6. Guislain, ouvr. cité, t. I, p. 437.
7. Griesinger, ouvr. cité, p. 182.
8. Moreau (de Tours), *Psychologie morbide*, ouvr. cité, p. 177.

dants — des hystériques [1], des épileptiques [2], des Basedowiens [3], des choréiques [4], des sujets atteints de paralysie agitante [5], de tabes surtout [6]. Enfin on peut dire qu'il n'est pas une maladie nerveuse [7], neurasthénie, tics, sclérose en plaques, paralysie labio-glosso-laryngée, atrophie musculaire progressive, paralysie infantile, myopathie primitive, myélites diffuses, migraine, paralysie faciale, tremblement sénile et tremblement essentiel héréditaire, qui ne soit associé dans les mêmes familles aux états mélancoliques.

La paralysie générale se rencontre quelquefois chez les ascendants des mélancoliques ou encore chez leurs descendants; et dans les cas où les para-

1. Briquet, ouvr. cité, 1859. — Déjerine, ouvr. cité. — Roubinovitch, *Hystérie mâle et dégénérescence*. Paris, 1890.

2. Bouchet et Cazauvielh, De l'épilepsie considérée dans ses rapports avec l'aliénation mentale, *Arch. génér. de méd.*, déc. 1825. — Herpin, *Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie*, 1852, p. 325 et suiv. — Moreau (de Tours), De l'étiologie de l'épilepsie, *Mém. Acad. de méd.*, t. XVIII, 1854, p. 55.

3. Raymond et Sérieux, Goitre exophtalmique et dégénérescence, *Revue de médecine*, 1892, p. 961 et suiv. — Joffroy, Nature et traitement du goitre exophtalmique, *Progrès médical*, 1894, p. 61.

4. Breton, *État mental dans la chorée*, th. Paris, 1893, p. 101. — Huet, *De la chorée chronique*, th. Paris, 1889.

5. Déjerine, ouvr. cité, p. 142.

6. Ballet et Landouzy, Du rôle de l'hérédité nerveuse dans la genèse de l'ataxie locomotrice progressive, *Ann. méd.-psych.*, 1884, t. XI, p. 29.

7. Féré, La famille névropathique, *Arch. de neurol.*, 1884, t. VII. — Id., *La famille névropathique*, 1894.

lytiques appartiennent à une souche vésanique, on a voulu voir une différence dans l'aspect clinique et l'évolution de la malade.

Les alcooliques sont aussi très fréquemment rencontrés soit comme ascendants, soit comme descendants de mélancoliques. Dans la clinique de tous les jours, il est facile de trouver des exemples de cette hérédité. En voici un :

Obs. XII. — *Mélancolie chez un héréditaire.*

T... Jean, comptable, trente ans, entré à l'asile Ste-Anne. (Service de M. Joffroy.)

Le père, âgé de soixante ans, buvait autrefois beaucoup d'absinthe. Ce n'est que dans ces derniers temps, après des accidents nerveux, tels que des soubresauts, des cauchemars violents, qu'il s'est mis à boire moins. La mère, âgée de cinquante ans, a eu des attaques d'hystérie étant jeune et même encore il y a cinq ou six ans. Un oncle maternel est un homme excessivement irritable et violent, ivrogne d'habitude.

Le malade est né à terme. Il a été élevé au biberon, loin de sa mère. « Gourmes » pendant l'enfance. Convulsions infantiles moment de la dentition, et aussi à l'occasion de contrariétés. Croup à cinq ans. A l'école, élève peu brillant et indiscipliné; cependant il a pu passer son baccalauréat vers l'âge de vingt-cinq ans.

A vingt-huit ans, il réussit à trouver une place de répétiteur au collège de Pontoise; mais, trouvant le service trop pénible, il n'y resta que dix mois. C'est au sortir de ce collège qu'il tomba dans un véritable accès de mélancolie (douleur morale intense avec un sentiment de profond découragement et un désir de mourir). Cependant l'affaiblissement de la volonté, si fréquente chez les malades de cette catégorie qui « ne savent pas vouloir », a été tel qu'ayant acheté un revolver pour se

tuer, il n'a jamais eu le courage de mettre son idée à exécution. C'était un cas typique de mélancolie dépressive avec les deux symptômes fondamentaux : douleur morale et le ralentissement de toutes les fonctions psychiques. Cet accès de mélancolie dépressive a duré un mois. Guéri, il se place comme répétiteur au collège de Vitry-le-François, où il ne reste que six mois. Au bout de ce laps de temps nouvel accès, cette fois à forme plus active. Dans une crise de douleur morale, il a voulu se couper le prépuce avec des ciseaux.

Aujourd'hui (1896) le malade se présente avec un facies déprimé. Il parle à voix très basse, et, dès le début de l'interrogatoire, se plaint d'une faiblesse intellectuelle consistant dans l'impossibilité d'associer les idées. Il a parfaitement conscience de son état, qui se caractérise surtout par une sorte d'impuissance intellectuelle. « Je suis incapable de rien faire », répète-t-il à chaque instant... « Je voudrais être mort. » Pas de véritables conceptions délirantes. Pas d'hallucinations.

Les extrémités sont légèrement bleuâtres et froides, appétit presque nul, constipation, langue saburrale, bouche sèche; dynamomètre : main droite, 11; main gauche, 8.

Mais il n'y a pas que des aliénés et des nerveux dans les ascendants des mélancoliques; il y a aussi des arthritiques [1], des scrofuleux et des tuberculeux.

Il faut donc en arriver à cette conception que la prédisposition vésanique et en particulier la prédisposition à la mélancolie sont données par tout ascendant qui, aliéné, nerveux, intoxiqué, arthri-

1. Charpentier, De la valeur des hémorrhoïdes et de quelques autres signes en aliénation mentale, *Ann. méd.-psych.*, 1887, p. 283 et suiv.

tique ou cachectique, se trouve dans un état d'hypovitalité. Il est possible que les tares vésaniques des ascendants soient plus fréquemment observées que les autres; mais le fait n'est que probable, parce que l'on ne s'est guère occupé jusqu'à ce jour que de mettre les premières en lumière.

En résumé il faut accepter provisoirement que tout individu, se trouvant dans un mauvais état de nutrition, a chance — surtout si c'est la mère (Baillarger) — de donner naissance à un être mal doué biologiquement et candidat aux psychopathies, par conséquent aux états mélancoliques.

Les facteurs congénitaux. — On sait que les maladies maternelles sont plus facilement transmises aux enfants que les maladies paternelles; et l'on comprend en effet que, par suite des échanges placentaires, les intoxications, les infections, les troubles de la nutrition et même les émotions qui peuvent produire ces derniers, sont capables de troubler le développement normal du fœtus et de déterminer par conséquent chez lui un état de dégénérescence. C'est ainsi que l'on comprend la débilité physique et mentale des enfants d'ivrognesses, de femmes atteintes pendant leurs couches de maladies graves. Les enfants nés dans les époques troublées [1] sont souvent des dégénérés, à cause des misères physiques et morales qui ont épuisé leurs

1. Esquirol, ouvr. cité, t. I, p. 67. — Féré, Les enfants du siège, *Progrès médical*, 1884, p. 245.

mères. D'autre part on sait que les monstres sont plus fréquents dans les classes populaires où les femmes enceintes travaillent durement; et les expériences de Dareste [1] et de M. Féré [2] rendent compte de l'influence des agents physiques et chimiques sur le développement anormal des embryons.

Tous les observateurs (Esquirol, Lucas, Morel) ont remarqué que les enfants fécondés pendant l'ivresse étaient des candidats à la folie; et quelques-uns parmi eux deviennent mélancoliques. Il faudrait admettre que l'alcool altère immédiatement les spermatozoïdes ou l'ovule au point d'entraver leur développement normal ultérieur.

Dans le cas de *prédisposition acquise*, c'est l'individu qui, au sortir du sein maternel, a trouvé de mauvaises conditions extérieures, lesquelles ont empêché son parfait développement psycho-physique. L'alcoolisme tient une grande place dans ces faits. On conçoit que, à la longue, cette intoxication puisse, par les troubles de la nutrition qu'elle engendre, diminuer la résistance aux causes morbides et dégénérer en quelque sorte l'individu. Quelquefois l'alcoolisme date de l'enfance; il n'en est que plus pernicieux. Enfin on a pu constater l'alcoolisme

1. Dareste, *Production artificielle des monstruosités*, 2[e] édit., 1891.

2. Féré, *C. R. Société de Biologie*, 1894.

des nourrices se répercutant sur la santé des enfants [1].

Mais les maladies cérébrales, les méningites surtout, les maladies nerveuses qui frappent la moelle, les fièvres éruptives graves, la fièvre typhoïde, voilà des causes banales et puissantes de dégénérescence. Les traumatismes, la misère avec ses privations et sa mauvaise hygiène, enfin toutes les maladies, que nous passerons tout à l'heure en revue comme causes directes de la mélancolie, peuvent provoquer un état de dégénérescence plus ou moins complet, c'est-à-dire un état d'aptitude vésanique.

On conçoit que les causes de dégénérescence les plus puissantes seront celles qui pourront le plus facilement entraver le développement normal de l'individu. C'est pour cela que les causes postérieures à la naissance sont moins actives à mesure qu'elles agissent sur l'individu déjà formé. La surdité rend un enfant de trois ans sourd-muet et compromet beaucoup son développement intellectuel, alors que, chez un homme de quarante ans, instruit et en pleine force intellectuelle, les conséquences de cet accident seront moins graves. De même les causes congénitales sont encore plus puissantes, puisqu'elles entravent le développement de l'embryon.

1. Charpentier, De l'influence de l'alcool. de la nourrice sur les convulsions du nourrisson, *Bull. de la Soc. protectr. de l'enf.*, 1873. — Ed. Toulouse, *Gaz. des hôpitaux*, 1891, p. 914. — Vallin, *Académie de médecine* (20 oct. 1896).

Enfin on conçoit qu'une cause héréditaire, dont l'action s'exerce dès la fécondation, puisse avoir des effets tout aussi nuisibles.

Voici donc brièvement énumérés les trois principaux facteurs de la prédisposition vésanique, c'est-à-dire de la dégénérescence. Toutes les causes examinées plus haut ont pour effet de rendre l'individu, qu'elles atteignent directement ou indirectement, plus apte à devenir aliéné sous l'influence d'une maladie ou encore d'une secousse physique ou morale. Il faut d'abord noter que ces causes sont si nombreuses qu'on peut les rencontrer dans presque toutes les familles.

Il n'est pas niable cependant qu'il en est certaines qui soient plus tarées que d'autres. Cependant on ne sait pas à quel chiffre les tares, grandes ou petites, mentales, nerveuses, arthritiques, tuberculeuses ou autres que l'on trouve dans la plupart des familles, sont dangereuses. Même en ne retenant que les tares nettement névropathiques, notre ignorance n'est pas moins grande. Il faudrait recenser quelques familles disséminées sur un territoire, et calculer combien sur tant de membres il y a de cas de maladies mentales et nerveuses. On aurait l'indice moyen des tares névropathiques répandues dans les groupes familiaux d'un pays; car il faut admettre que la grande majorité des familles sont plus ou moins atteintes plutôt que complètement indemnes. Quand, dans une famille donnée,

on trouverait un indice supérieur à celui-ci, on serait autorisé à dire qu'elle est plus tarée que la moyenne. Autrement — et c'est ce qui arrive aujourd'hui — on fait porter l'enquête sur un nombre illimité de membres d'un groupe familial, sur les ascendants et les collatéraux les plus éloignés, et si, sur un chiffre très élevé d'individus, on rencontre deux ou trois cas de tares névropathiques, on dit que la famille est très tarée. Or il se pourrait qu'à ce taux la tare soit encore — étant donné le nombre de sujets visés — égale ou même au-dessous de ce que l'on observe dans la majorité des cas. Les recherches de ce genre sont très difficiles à poursuivre; Ball et Régis [1] les ont tentées et ne sont pas arrivés à des résultats bien précis.

Ce que la statistique n'a pas fait, la clinique l'a tenté. Mais il faut avouer que les idées préconçues guident beaucoup les recherches de l'observateur. C'est ainsi que les cas négatifs, dans l'étude des transmissions morbides, sont négligés. Or si sur dix rejetons d'aliéné deux sont des névropathes ou des fous, on est autorisé à dire que la transmission morbide s'est opérée deux fois sur dix cas, mais aussi — ce qu'on ne dit pas d'habitude — qu'elle ne s'est pas opérée huit fois sur dix cas, proportion supérieure à l'autre. D'autre part, les tares des

1. Ball et Régis, Les familles des aliénés au point de vue biologique, *Encéphale*, 1883.

ascendants ne sont pas toutes équivalentes. Celles qui frappent le père sont bien moins graves pour les descendants que celles qui atteignent la mère, qui nourrit l'enfant durant neuf mois et peut pendant ce temps lui transmettre une maladie infectieuse ou lui faire prendre les habitudes d'une nutrition vicieuse. D'autre part est-ce qu'une syphilis ancienne, qui n'est plus guère dans le sang de l'ascendant qu'à l'état de vaccin, est comparable à une syphilis récente ou encore à l'alcoolisme chronique, où tous les tissus de l'organisme générateur sont imbibés de poison et cela d'une façon permanente? Il faut donc apporter une grande circonspection dans l'examen des tares héréditaires [1], et n'admettre comme vraiment dangereuses que celles *en activité*. Une intoxication profonde, une maladie dystrophique grave en cours d'évolution, l'aliénation mentale au moment de la grossesse ou de la fécondation, voilà des tares qui ont des chances d'influer fâcheusement sur le développement psycho-physique de l'embryon.

En d'autres termes, une tare chez les ascendants est un renseignement qu'il faut examiner de près. Souvent elle n'a pas de chances de retentir sur le rejeton. Aussi tout individu qui a des antécédents héréditaires névropathiques ne doit pas, à cause de cela, être tenu pour un dégénéré. De même on ne

1. Ed. Toulouse, *Les causes de la folie*, 1896, p. 323.

dira pas qu'un fils de vérolé a *ipso facto* de la syphilis héréditaire. Il faut étudier le sujet, l'examiner, l'interroger, et rechercher si, dans sa conformation physique ou dans son organisation intellectuelle, il n'y a pas des vices prouvant qu'il est réellement mal doué et incapable de s'adapter sans heurt aux nécessités du milieu extérieur où il vit.

C'est ainsi en somme que ceux qui se sont occupés de l'étude de la dégénérescence ont compris la question. Morel[1] et plus tard M. Magnan[2], qui a continué son œuvre en l'élargissant et en la complétant, ont recherché les signes capables de déceler la dégénérescence, c'est-à-dire les stigmates physiques et psychiques. Ceux-ci sont trop connus pour que nous les décrivions ici. Disons seulement qu'il faut, dans la foule des stigmates décrits dans ces derniers temps, faire un choix judicieux et ne retenir que les plus graves, ceux qui mettent en péril le bon fonctionnement de l'organe où on les observe.

Certes, un pareil choix n'est pas commode à faire, et c'est pour cela que la théorie de la dégénérescence oscille un peu. Les uns tendent à circonscrire cette dernière, les autres à l'élargir. M. Joffroy[3]

1. Morel, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine,* 1857.

2 Magnan et Legrain, *Les dégénérés*, collection Charcot-Debove.

3. Joffroy, De la folie choréique, *Semaine médicale*, 1893, p. 91. — Id., Congrès des médecins aliénistes et neurologistes (Session de Clermont-Ferrand, 1894).

pense que, pour être aliéné, il faut être plus ou moins déséquilibré et que la folie n'évolue guère que chez les dégénérés à un titre quelconque. Mais cela n'empêche pas qu'il y a, parmi ceux-là, de plus dégénérés les uns que les autres. A ce point de vue, les types de M. Magnan représentent les sujets les plus mal doués, les plus incapables de s'adapter à leur milieu, les plus prédisposés en somme à la folie. Chez eux la prédisposition est au maximum; aussi l'action des causes directes peut-elle être au minimum et provoquer cependant des troubles psychopathiques graves, qui trahiront beaucoup plus le caractère du sujet que l'élément étiologique qui les a actionnés. Quand la prédisposition est si forte, le choc le plus léger amène un délire; mais il est clair que ce délire ne peut pas refléter beaucoup la cause (alcool, infection) qui l'a simplement provoqué. Il décélera le caractère mental de l'individu. Or quel est-il? Le fonds en est la débilité à un degré quelconque, la mobilité, l'inconsistance. Il en résultera que le délire restera rarement dans la même voie. Il ira d'un sujet à un autre; des idées de persécution se mêleront à des idées de grandeur, des idées mystiques à des idées hypocondriaques. Ce sera le délire polymorphe. Il naîtra brusquement, puisque l'individu est toujours sub-délirant, et il pourra disparaître de même. Enfin l'agitation amènera vite, par un épuisement rapide, une dépression corrélative; aussi les longues périodes de manie

franche seront rarement observées chez ces dégénérés. C'est ainsi qu'on peut comprendre et justifier les théories de M. Magnan.

Ce qui est vrai du délire en général est vrai de la mélancolie. Les états mélancoliques des grands dégénérés sont surtout caractérisés par cette brusquerie d'apparition et de disparition, ce polymorphisme délirant et cette irrégularité dans l'évolution qui sont la résultante du caractère mental des débiles, des déséquilibrés. On en trouvera des cas dans plusieurs travaux et notamment dans la thèse de M. Legrain [1]. En voici un :

Obs. XIII. — *Mélancolie dépressive chez une débile.*

Mme Hé...., vingt-huit ans, entrée à Ste-Anne (Service de M. Joffroy.)

Père mort à soixante-deux ans d'une fluxion de poitrine; vif et emporté, mais bon mari et bon père; ne buvait pas. Mère âgée de soixante-cinq ans; de caractère triste, mais très doux; pas nerveuse. Trois frères et trois sœurs qui sont tous bien portants et normaux; parmi les sœurs une est à tendances mélancoliques.

Scarlatine vers sept ans. Elle apprenait assez bien; elle connaît l'allemand et le français. Très gaie dans son enfance, elle aimait beaucoup le jeu. Cette gaieté a persisté jusqu'à l'âge de vingt-trois ans; et la malade dit même n'avoir pas connu de jeune fille plus heureuse qu'elle, ni d'humeur plus joyeuse jusqu'à vingt-trois ans. Menstruée vers treize ans; bien réglée depuis ce temps. Elle quitta l'école à treize ans et resta chez elle jusqu'à quinze ans, s'occupant des soins du ménage. A cette époque elle vint à Paris avec sa mère et, presque

1. Legrain, *Du délire chez les dégénérés,* th. Paris, 1886.

aussitôt, comme son manque d'attention l'empêchait d'apprendre un métier, elle se plaça comme servante. Elle resta neuf ans dans la même place, y fut assez heureuse, bien qu'elle eût à travailler beaucoup. Cependant elle eut quelques petits chagrins à cause de son caractère irritable, de son esprit combattif.

A vingt-trois ans, elle change complètement de caractère; d'une gaîté exubérante jusqu'alors, elle devient triste et concentrée. Elle explique cette métamorphose par des ennuis de famille, et notamment celui de voir ses frères et sœurs s'établir, se marier, avoir des enfants, alors qu'elle restait célibataire et domestique. Elle quitta sa place par coup de tête, mais resta seulement quinze jours chez sa mère, se replaça et passa quatre ans dans la même maison. Puis elle fut prise du désir d'apprendre le métier de couturière pour pouvoir travailler chez sa mère, celui de domestique lui déplaisant chaque jour davantage. Elle devint encore plus triste, découragée, déprimée. Elle perdit le sommeil, s'imagina qu'elle était en butte à des persécutions. Bientôt elle se sentit incapable de tout travail et dut retourner chez sa mère. Elle y fut longtemps très souffrante, puis se remit un peu. Cependant elle n'était pas complètement guérie; le travail chez elle n'était possible que par intermittences. Très souvent, il lui arrivait de ne pouvoir s'occuper à quoi que ce soit, l'idée même du travail lui étant très pénible. Ces jours-là elle sentait un besoin de sortir et de marcher auquel elle ne pouvait résister. Alors elle quittait sa mère et allait errer au hasard, quelquefois pendant une journée entière, recherchant de préférence les endroits solitaires. Ces idées la prenaient même quelquefois la nuit dans son lit; elle devait se faire une violence extrême pour n'y pas céder, songeant à la douleur de sa mère si elle s'apercevait de ses fugues nocturnes. Ordinairement le sommeil était très mauvais, ce qui lui causait de l'énervement. De plus elle était sujette, dit-elle, à des démangeaisons violentes sur tout le corps sans la moindre éruption. C'est à ce moment qu'elle se décida à se suicider. Un matin, sa

mère ne lui avait pas parlé aussi amicalement que de coutume; elle avait en outre remarqué que les visites de ses frères et sœurs s'étaient faites plus rares depuis quelque temps. Alors elle sortit de chez elle et voulut aller se jeter à l'eau. Sa mère, s'étant doutée de quelque chose, la suivit et la ramena. Un peu plus tard, la malade fit une autre tentative de suicide avec du laudanum, ce qui la fit interner.

A son entrée à l'asile, on peut difficilement obtenir d'elle des renseignements. La malade parle d'une manière un peu incohérente, dit d'un air important des paroles sans signification, paraît avoir un affaiblissement intellectuel prononcé. Elle passe d'une idée à l'autre brusquement et sans aucune transition. Ses idées de suicide n'ont aucune consistance : elle invoque pour les expliquer des motifs futiles. Du reste elle ne se décida qu'avec de grandes hésitations à les mettre à exécution, passant toute une journée sur le bord de l'eau sans s'y jeter, choisissant de préférence les poisons, parce que ce mode demande moins de courage. Mais cette seconde tentative avorta également, le laudanum n'ayant produit chez elle que des vomissements répétés. Elle a également quelques idées de négation : souvent en effet il lui vient à la pensée que son sang ne circule pas.

Parmi les symptômes physiques, il faut noter que le réflexe du chatouillement est aboli à la paume des mains ; les réflexes rotuliens sont diminués surtout à gauche; les mains et les pieds sont refroidis. La sensibilité est normale.

Le 15 février 1896, la malade est bien améliorée; elle parle sans effort et d'une façon sensée; elle est devenue beaucoup plus gaie et rit facilement. Elle explique sa tentative de suicide d'une façon plus raisonnable, en disant qu'elle a voulu mettre fin à ses jours, parce qu'elle ne voulait plus causer de chagrin à sa mère par ses excentricités et ses sorties inexplicables. Elle avoue n'avoir plus la moindre idée de suicide.

Mais au-dessous de ces dégénérés types de M. Magnan, il y a toute une hiérarchie d'individus qui se rappprochent de plus en plus de l'état psychique normal. Pour ceux-là les causes directes devront, pour agir, être plus puissantes; et, comme elles auront eu le temps de s'exercer plus longtemps, elles imprimeront leur cachet à la forme psychopathique.

Donc la prédisposition a des degrés. Quand elle est au maximum, elle peut être actionnée par les causes les plus légères qui dévoilent surtout la débilité originelle du sujet et sont appelées pour cela occasionnelles; quand elle est au minimum, elle demande un ébranlement plus grand de l'organisme, et alors on peut plus facilement établir un lien étiologique entre la forme morbide et la cause efficiente. Mais n'oublions pas que, héréditaire ou acquise, la prédisposition par elle-même ne peut rien créer. C'est une force vague, qui demande à être actionnée par quelque chose. Et ce quelque chose, c'est une intoxication, une lésion cérébrale, une maladie diathésique. Ce sont les causes directes, dont l'importance a été trop diminuée dans ces derniers temps dans un courant d'opinion contre lequel l'un de nous a essayé de réagir[1]; nous allons les étudier dans leurs rapports avec la mélancolie.

1. Ed. Toulouse, *Les causes de la folie*, 1896.

2. Causes directes.

Quelques-unes des causes que nous allons passer en revue dans ce chapitre pourraient tout aussi bien être classées avec les causes prédisposantes. L'âge et le sexe, par exemple, ne peuvent agir qu'en disposant l'organisme à résister plus ou moins bien à l'attaque d'un agent morbide. Cela est vrai en un sens; mais d'autre part la sénilité, qui est une des conséquences presque habituelles de l'âge, n'est-elle pas un état pathologique nettement défini, avec des lésions précises? Dans ce cas c'est plus qu'une disposition à délirer, c'est une cause immédiate, directe. D'autre part les causes les plus efficientes, l'alcoolisme notamment, agissent parfois en déséquilibrant l'individu, en le rendant moins apte à supporter l'action d'autres agents morbides qui entraînent alors les troubles délirants. Nous garderons donc notre classification; car tout cela ne prouve qu'une chose que, comme toutes les autres, elle ne peut guère servir qu'à la commodité de la description.

a. *Causes sociales.* — La civilisation a été accusée d'accroître le nombre des cas de folie. Cette augmentation, qui est plus apparente que réelle et qui suit l'accroissement de la population ainsi que l'extension de l'assistance publique, est principalement causée par l'alcoolisme et la paralysie générale. Les

psychoses, et parmi elles la mélancolie, ne paraissent pas beaucoup plus nombreuses actuellement qu'au commencement du siècle. Il faut dire aussi que les statistiques ne sont plus comparables, car les aliénistes qui les ont élaborées n'ont pas les mêmes idées et partant ne se sont pas servis des mêmes étiquettes [1] que nos contemporains.

Les grandes commotions politiques ou sociales causent souvent une augmentation peut-être exagérée des cas de folie. Les événements de 1870-71, qui ont fait beaucoup de victimes cérébrales, ont déterminé des états mélancoliques avec stupeur et idées de suicide, mais en moins grand nombre que des psychoses exubérantes (Lunier [2]). Ces commotions ont été accusées de troubler surtout les prédisposés (Belhomme [3], Lunier). Cependant Lunier [4] avait constaté, parmi les aliénés de 1870-71, une proportion d'héréditaires moindre de moitié que celle qu'on observe habituellement dans les antécédents des psychopathes.

Les idées religieuses exagérées développent quelquefois des états mélancoliques avec idées mys-

1. Par exemple la statistique d'Esquirol, *Traité des maladies mentales*, ouvr. cité, t. II, p. 687, et celle de M. P. Garnier, *La folie à Paris*, 1890, p. 24.

2. Lunier, De l'influence des grandes commotions politiques et sociales sur le développement des maladies mentales, *Ann. méd.-psych.*, 1872, 1873, 1874.

3. Belhomme, *Influence des événements et des commotions politiques sur le développement de la folie*, 1849.

4. Lunier, *De l'influence*, ouvr. cité, 1873, t. IX, p. 245.

tiques. Les épidémies de démonopathie [1] étaient fréquentes au moyen âge ; avec les idées mystiques surviennent souvent des idées érotiques.

L'état civil ne paraît pas avoir une influence bien manifeste sur la production de la mélancolie. Si l'on considère le suicide comme une manifestation de cette dernière, on remarque que ce sont les célibataires adultes qui se tuent le plus, ensuite viennent les veufs sans enfants et en dernier lieu les hommes mariés avec enfants. Les hommes se suicident plus que les femmes, dans l'état de célibataire ou de veuvage, et un peu moins qu'elles dans l'état de mariage (Socquet [2]).

On peut aussi apprécier les professions dans leurs rapports avec le suicide. D'après M. Socquet, les populations où il y aurait proportionnellement le plus de suicides seraient celles des gens sans aveu, des professions libérales, et celles où il y en aurait le moins seraient les métiers agricoles.

On a beaucoup discuté pour savoir si le régime pénitentiaire pouvait causer la folie. Il faut remarquer tout d'abord que beaucoup de délinquants sont des dégénérés et par conséquent plus aptes que d'autres à délirer; d'autre part il arrive assez souvent que des aliénés soient méconnus et condamnés (Legrand du Saulle, Pactet, Joffroy, Garnier,

1. Calmeil, *De la folie*, etc., 1845.
2. Socquet, Étude statistique sur le suicide en France de 1827 à 1880, *Ann. méd.-psych.*, 1889 et 1890.

Magnan, H. Monod). Ceux-là ne sont pas devenus fous dans les prisons puisqu'ils l'étaient déjà. Pour les autres le régime anti-hygiénique, anti-moral et anti-physique de l'emprisonnement peut causer la folie. On a même décrit un état dépressif avec hallucinations et idées de persécution lesquelles seraient fréquentes chez les criminels emprisonnés [1]. De son côté Nacke [2] n'a trouvé aucune mélancolique sur 53 détenues aliénées.

b. *Causes biologiques.* — L'*âge* d'élection de la folie paraît être l'âge adulte. Cette époque de la vie fournit le plus d'aliénés, comparativement à la jeunesse et à la vieillesse. L'enfance est en effet plus épargnée par la folie; mais il n'en est pas de même de la vieillesse. Et si l'on recherche combien deviennent aliénés sur un même nombre d'individus âgés de vingt ans, de vingt-cinq ans, de trente ans et ainsi de suite jusqu'à l'âge extrême de la vie, on voit que plus on avance vers la vieillesse plus il y a proportionnellement de fous [3]. Dans la vieillesse la proportion des aliénés relativement au nombre d'individus existants devient énorme. On a fait la même remarque pour le suicide (Socquet).

La mélancolie peut apparaître à tous les âges,

1. Semal, Coup d'œil sur les folies pénitentiaires, Congrès international de méd. ment., Session de Paris, 1889.
2. Nacke, Crime et folie chez la femme, *All. zeits. f. psych.*, 1893, t. 94, p. 396.
3. Esquirol, ouvr. cité, t. II, p. 674 et suiv., et pl. XXVI.

chez les enfants, les adultes et les vieillards. La puberté provoque quelquefois des états psychopathiques dont on a voulu faire des espèces morbides spéciales [1]; parmi les formes observées, les états mélancoliques ne sont pas rares. On en comprend la pathogénie, si l'on songe que ces causes psychopathiques, agissant à ce moment biologique, sont de nature dépressive. L'organisme de certains sujets mal doués ne peut faire les frais de l'évolution sexuelle, de la transformation de l'enfant en un adulte, et ce déficit se traduit par un état mélancolique. De même la démence précoce [2] et aussi la paralysie générale [3] surviennent assez facilement chez certains adolescents dégénérés.

Les vieillards, surtout les héréditaires [4], peuvent présenter des états mélancoliques en tous points analogues à ceux qu'on voit chez l'adulte. Mais on observe aussi chez eux des mélancolies qui empruntent des caractères spéciaux au fond d'affaiblissement intellectuel, lequel marche de pair avec la sénilité. Cette dernière est plus ou moins tardive et ne suit pas toujours l'âge. Quand elle survient chez

1. Mairet, Folie de la puberté, *Ann. méd.-psych.*, 1888, t. VIII, p. 337; 1889, t. IX, p. 34, 209 et 353.

2. Roubinovitch, Démence juvénile avec athétose double, *C. R. du Congrès des aliénistes et neurologistes* (*Session de Bordeaux*, 1895).

3. Ed. Toulouse, La paralysie générale junévile, *Gaz. des hôp.*, 1893, p. 909.

4. Pécharman, *Essai sur les psychoses de la vieillesse*, th. Paris, 1893.

un individu, elle se manifeste par des phénomènes bien connus d'atrophie (Charcot) et d'athérome. Les psychoses, et notamment les états mélancoliques, qui évoluent sur ce terrain, présentent une certaine tendance démentielle, et ne sont d'ailleurs parfois qu'un aspect vésanique de la démence sénile[1]. Les idées délirantes sont rares et monotones; les phénomènes de réaction sont peu bruyants.

Le *sexe* n'est pas un élément indifférent dans l'étiologie de la mélancolie. On sait que les femmes aliénées sont plus nombreuses que les hommes, quoique les admissions féminines dans les asiles soient un peu moins nombreuses que les admissions masculines[2]. Cela tient à ce que les hommes sont plus souvent atteints par l'alcoolisme et la paralysie générale, maladies curables ou mortelles, qui par les sorties ou les décès diminuent le chiffre de la population des aliénés présents dans les établissements hospitaliers. Moins de femmes au contraire entrent dans les asiles, mais elles y restent plus longtemps. Elles sont atteintes de psychoses plus fréquemment que les hommes. Les recherches statistiques de M. Garnier[3] montrent que, sur 1000 admissions féminines, il y en a 150 imputables à la

1. Ed. Toulouse, *Étude clinique sur la mélancolie sénile chez la femme*, th. Paris, 1891.

2. Constans, Lunier et Dumesnil, *Rapport à M. le ministre de l'Intérieur sur le service des aliénés en 1874*, Paris, 1878.

3. P. Garnier, *La folie à Paris*, 1890, p. 25.

mélancolie, et, sur 1000 admissions masculines, il n'y en a que 37. Pourquoi cette différence? Il faut se rappeler, pour expliquer la fréquence des états mélancoliques chez les femmes, que ces dernières se trouvent dans une situation sociale inférieure. Les misères matérielles sont plus communes et plus lourdes chez la femme; les chagrins domestiques aussi. Enfin la grossesse est une source de fatigues exclusivement féminines. Toutes ces causes dépressives mettent l'organisme dans un état somatique très favorable à l'évolution de la mélancolie.

c. *Causes physiologiques.* — L'excès comme aussi le défaut d'exercice des fonctions physiologiques amènent une perturbation plus ou moins profonde dans l'état mental. L'excès dans la sphère intellectuelle ou physique détermine la fatigue [1], c'est-à-dire un état d'épuisement nerveux auquel se surajoute une auto-intoxication causée par la production exagérée de produits d'élimination; et cet état se manifeste par une paresse psychique, une dépression nerveuse comparable, en petit, à la stupeur des mélancoliques. C'est de cette manière que doivent agir les maladies graves, la fièvre typhoïde par exemple, qui laissent à leur suite une fatigue énorme. On a dit aussi que l'hystérie était comparable, par son état mental de distraction, à une

1. Mosso, *La fatigue*, trad. Langlois, 1894

fatigue chronique[1]. Le surmenage est un des éléments de la civilisation; il frappe surtout les mal doués au point de vue cérébral.

Mais le défaut d'exercice cause souvent des états dépressifs. Beaucoup d'hypocondriaques entretiennent leurs idées délirantes dans une inactivité propre à rendre plus vives les sensations organiques. Le passage d'une vie active à une vie de repos a toujours été considéré comme dangereux et capable de déterminer des états mélancoliques (militaires, industriels, etc.). C'est ainsi que Legrand du Saulle avait constaté que les militaires et les fonctionnaires mouraient en plus grand nombre dans la première année de leur retraite, c'est-à-dire dans la période de transition. Il semble que les cellules nerveuses d'un individu sont habituées à des sensations provenant du milieu extérieur tout comme à l'excitation des poisons (morphine, tabac). La suppression de ces sensations cause un état de besoin et parfois une dépression nerveuse.

L'inanition est, avec son hyperthermie, une condition somatique favorable aux délires dépressifs. Après des fièvres prolongées (fièvre typhoïde), c'est quelquefois la véritable cause des troubles mentaux qu'on observe.

L'absence d'activité physiologique peut encore tenir à l'absence congénitale ou chirurgicale d'un

1. Féré, *La pathologie des émotions*, 1892, p. 158 et suiv.

organe. On sait que lorsque la glande thyroïde manque, on a une idiotie myxœdémateuse, dont le principal caractère est l'arrêt physique et psychique. De même la castration chez l'homme et chez la femme peut provoquer des délires dépressifs, en partie par la suppression des sécrétions internes de ces glandes qui paraissent jouir de propriétés toniques générales.

L'abus des plaisirs vénériens, plus encore que leur défaut, provoque parfois des états de dépression. Il ne faut pas oublier aussi que « ne fait pas des excès qui veut » et que ceux qui en commettent sont fréquemment des déséquilibrés. L'onanisme a été accusé souvent de causer la mélancolie. Il ne paraît pas plus fatigant que le coït; mais il est surtout pratiqué intempestivement par des déséquilibrés, chez lesquels la dépression consécutive est toujours plus grande.

La privation de sommeil est une fatigue nerveuse que l'on rencontre fréquemment à l'origine de la mélancolie. Mais quelquefois elle n'est que le prodrome de la maladie mentale. Les rêves trahissent souvent le délire, même avant qu'il apparaisse dans la journée [1]. Les mélancoliques ont ordinairement des rêves très pénibles.

Les troubles des *fonctions menstruelles* [2] sont

1. Faure, Étude sur les rêves morbides, *Arch. génér. de méd.*, 1876, p. 558.
2. Icard, *Contribution à l'étude de l'état psychique de la femme pendant la période menstruelle*, Paris, 1889.

fréquemment relevés dans l'étiologie de la mélancolie. Parfois c'est l'établissement des règles qui est mis en cause; d'autres fois les troubles névropathiques ou les impulsions au suicide [1] se montrent au moment des menstrues et disparaissent alors après elles. D'autres fois, au contraire, c'est leur absence qui semble les provoquer. Mais l'aménorrhée est si fréquemment associée à la folie, qu'on peut dire qu'elle n'en est souvent que le symptôme. Lorsque les menstrues réapparaissent, elles exagèrent parfois l'anxiété des mélancoliques. Et dans certains cas leur retour sans amendement de l'état mental peut être considéré comme de pronostic grave (Esquirol) [2].

Il est difficile d'expliquer tous ces cas en apparence contradictoires. Souvent les désordres menstruels, l'aménorrhée par exemple, sont, comme les phénomènes mentaux, des symptômes du trouble général de l'organisme. Il n'y a entre la mélancolie et l'aménorrhée qu'un rapport de coexistence et non de cause à effet. D'autres fois on peut concevoir que des troubles menstruels amènent, par les hémorragies abondantes, les douleurs, l'auto-intoxication ou encore, par l'absence ou la diminution de la sécrétion du liquide ovarien, un état de dépression mélancolique.

1. Brierre de Boismont, *Du suicide et de la folie*, 1865, p. 206.
2. Esquirol, ouvr. cité, t. I, p. 364.

La puerpéralité [1] a des rapports avec la mélancolie. La grossesse peut provoquer, surtout chez les dégénérées, des états mélancoliques où les obsessions ne sont pas rares. L'auto-intoxication, causée par insuffisance fonctionnelle du foie et du rein, et les fatigues occasionnées par le développement du fœtus expliquent l'éclosion de ces troubles psychopathiques. L'accouchement provoque souvent des délires qui prennent le masque de la mélancolie, mais qui sont en fait de la confusion mentale déterminée par un élément infectieux [2]; mais il occasionne aussi des états mélancoliques. La lactation, par les fatigues qu'elle impose à la femme, réalise quelquefois les conditions somatiques propres à l'évolution d'un état mélancolique. On admet généralement (Magnan, Joffroy) que la puerpéralité n'est pas la cause efficiente des psychoses qu'on observe. Elle ne serait, pour certains dégénérés, qu'une occasion de délirer. Nous pensons que c'est

1. Esquirol, ouvr. cité, t. I, p. 230 et suiv. — Marcé, *Traité de la folie des femmes enceintes*, 1858. — De Gorsky, *Considérations sur la folie puerpérale et sa nature*, th. Paris, 1888. — Lallier, *De la folie puerpérale dans ses rapports avec l'éclampsie et les accidents infectieux des suites de couches*, th. Paris, 1892. — Ballet, Les psychoses puerpérales, *Médecine moderne*, oct. et nov. 1892. — Ed. Toulouse, Étiologie et formes cliniques des psychoses puerpérales, *Gaz. des hôpit.*, 1893, p. 1057.

2. Ballet et Roubinovitch, *Contribution à l'étude des auto-intoxications dans les maladies mentales*. — *C. R. du Congrès des neurologistes et aliénistes*. La Rochelle, 1893. — Ed. Toulouse, Délire infectieux de la période post-puerpérale, *Tribune méd.*, 1893, p. 686.

là une question d'espèce. Dans certains cas, les troubles somatiques sont tels qu'ils éveillent presque forcément des psychopathies. Et d'autre part chacun des processus puerpéraux tend à imprimer son cachet personnel aux troubles mentaux; c'est en se basant sur ces faits que l'un de nous a dit qu'il n'y avait pas de psychoses étiologiques, mais qu'il y avait des psychoses pathogéniques [1].

d. *Causes morales.* — Elles sont les plus fréquentes [2] des causes de la folie et surtout de la mélancolie. Elles s'observent plus souvent chez la femme que chez l'homme (Marcé). D'après Parchappe [3] elles ne seraient pas les mêmes dans l'un et l'autre sexe. On doit en dire autant pour les âges (Esquirol). Toutes les émotions déprimantes, dont on ne peut énumérer ici les principales, et surtout les chagrins domestiques qui agissent tous les jours, peuvent créer peu à peu un état de dépression mélancolique. C'est là une cause de la lypémanie, même de la variété dite essentielle. L'amour contrarié cause quelquefois des états mélancoliques qu'on a vus se terminer par la mort (Morel). Mais souvent la véritable cause du délire n'est pas le chagrin amoureux, mais bien le regret de la position

1. Ed. Toulouse, *Les psychoses puerpérales*, ouv. cité.
2. Esquirol, ouvr. cité, t. I, p. 62. — Griesinger, ouvr. cité, p. 196. — Guislain, ouvr. cité, t. I, p. 399.
3. Parchappe, Art. Aliénation, *Dictionn. encycl. des sc. méd.*, 1re s., III, 1865.

perdue avec la rupture du mariage. L'union de jeunes filles avec des vieillards ou des êtres immoraux, des accusations injustes sont relevées parfois. Les remords [1] ont aussi été signalés, comme dans le fait suivant :

Obs. XIV. — *Délire mélancolique; cause morale.*

Mme Ta..., Pauline, trente-sept ans, boulangère, entrée à l'asile St-Yon, le 15 juin 1893.

Oncle aliéné, sœur sujette à des attaques de nerfs.

Rougeole à onze ans; aurait toujours eu « mal à l'estomac » (?). Réglée à quatorze ans environ; a toujours été bien réglée, deux grossesses (deux filles de dix et douze ans, bien portantes). Pas de convulsions. Caractère doux, mais assez mobile.

Elle a trompé son mari avec son beau-frère au mois de mars. Cela a duré peu de temps, après quoi elle a repoussé son beau-frère. Elle avait des remords qui la faisaient pleurer, elle ne mangeait presque plus; la nuit elle ne dormait pas. Il lui semblait que tout le monde le savait, qu'on la regardait; elle entendait des voix qui l'accusaient. Elle crut même lire dans les journaux des allusions à sa faute. Un soir, pressée de questions par son mari qui la questionnait sur son état, elle a avoué son action. D'ailleurs elle l'aurait dit à tout le monde à ce moment; il fallait qu'elle se confessât à ceux qui l'entouraient pour faire amende honorable. C'est ainsi qu'elle l'a avoué à une autre femme qui la conseillait de ne pas le dire à son mari; elle voulait aussi le confier un jour à un de ses oncles. Son mari lui a pardonné et, la voyant malade, l'a fait interner.

Quand elle est arrivée la première fois à l'asile, elle était très désolée, elle pleurait une partie de la journée. Parfois elle paraissait comme anéantie. D'autres fois, elle s'agitait comme dans des crises de désespoir. Elle

1. Morel, *Traité...*, p. 229 et 230.

voyait l'asile en flammes et des voix lui disaient qu'elle allait brûler dans l'incendie. Une nuit elle a cassé des carreaux pour fuir. Une autre fois elle a essayé, dans un raptus panophobique, d'étrangler la malade qui était près d'elle; mais on l'en a empêchée. Ordinairement, dans la journée comme la nuit, elle entendait le commissaire de police qui venait arrêter son mari. Il lui semblait que ce dernier avait les menottes quand il venait la voir. Elle voulait aller en prison avec lui. Mais les incendies revenaient souvent devant ses yeux, même en dehors du sommeil et en état de veille.

La nostalgie[1], qui est une émotion triste et prolongée, frappe surtout les jeunes gens et notamment les hommes qui quittent leur pays plus souvent que les femmes. Elle est plus fréquente chez les habitants des campagnes qui viennent à la ville, chez les illettrés et aussi dans certaines races (Bretons, Corses, Français). Elle se caractérise principalement par un état de dépression mélancolique, où les impulsions au suicide sont communes.

Ce sont surtout les émotions tristes qui provoquent les états mélancoliques, comme d'ailleurs les autres aliénations mentales [2]. Dans les cas où la joie paraît être en cause, il y a souvent une douleur cachée. Un homme devient lypémaniaque en apprenant sa nomination à une place importante; or la cause véritable de sa maladie était d'avoir, pour prendre possession de son poste, à quitter

1. Benoist de la Grandière, *De la nostalgie ou mal du pays*, 1873.

2. Esquirol, ouvr. cité, t. I, p. 59.

sa maîtresse (Esquirol). Cependant des émotions incontestablement gaies ont pu provoquer la mélancolie et surtout la stupeur. Pinel [1] narre le cas d'un artilleur qui avait soumis au comité de Salut public le projet d'un nouveau canon; une lettre favorable de Robespierre l'émut à un tel point qu'il fut à sa lecture frappé de stupeur.

Les émotions violentes causent souvent la stupeur : la vue d'un incendie [2], la mort d'un être cher, le spectacle de la guerre, le viol, etc.; les émotions tristes et renouvelées provoquent plutôt les mélancolies dépressives et anxieuses.

Comment agissent les émotions? Comme les excitations nerveuses trop intenses. Elles dépriment soit brusquement, soit à la longue. Les effets des émotions, qui ont elles-mêmes des conditions somatiques, sont donc au plus haut point physiques.

Les idées mélancoliques se transmettent parfois d'un sujet à l'autre : il s'agit alors de contagion mentale. On peut ranger ces faits avec les émotions, car quelquefois les idées délirantes paraissent se communiquer en raison de l'impression qu'elles provoquent [3]. C'est ainsi que les suicides sont souvent épidémiques [4]; c'est de la même

1. Pinel, *Traité médico-philosophique de l'aliénation mentale*, p. 184.
2. Morel, *Études cliniques*, t. I, p. 295.
3. Pronier, *Étude sur la contagion de la folie*, Genève, 1892.
4. Paul Moreau (de Tours), *De la contagion du suicide à propos de l'épidémie actuelle*, th. Paris, 1875.

manière que les états mélancoliques paraissent contagieux, tandis que les idées de persécution, qui se transmettent très facilement (J. Falret et Lasègue), empruntent plutôt le mode de suggestion lente.

e. *Causes physiques.* — Le climat influe sur le suicide. On dit que ce dernier est plus fréquent en Angleterre et en Hollande. On est encore peu fixé touchant l'influence des conditions météorologiques (équinoxes, vents, pluie, orages, lune, etc.). Les saisons ne paraissent pas avoir d'action bien spéciale sur la mélancolie. Cependant les suicides sont plus fréquents au printemps, peut-être parce qu'on boit davantage.

La chaleur exagérée pousse quelquefois au suicide; témoin la *calenture* des tropiques. L'insolation détermine parfois des états de torpeur intellectuelle. Mais ces phénomènes s'observent plus souvent encore avec le froid. Calmeil[1] narre le fait de trois filles qui, après un voyage en voiture par un grand froid, tombèrent dans une stupeur complète.

La nuit, qui exaspère bien des maladies, ne paraît pas avoir une action aussi funeste sur la mélancolie. Le lever du jour rend au contraire les mélancoliques plus inquiets[2]; et c'est souvent à ce moment que les suicides s'observent. On a sou-

1. Calmeil, *De la folie*, 1845, t. II, p. 225.
2. Marcé, *Traité des maladies mentales*, ouvr. cité, p. 328.

tenu que la lumière rouge[1] réveillait les mélancoliques.

Les traumatismes peuvent causer des états mélancoliques, surtout s'ils sont violents et s'ils atteignent la tête. Un état de stupeur survient alors comme dans une commotion cérébrale de nature émotionnelle. On a essayé de constituer une folie traumatique (Schlager, Skae); mais les caractères donnés ne permettent pas de constituer une forme morbide spéciale [2]. Parmi les troubles mentaux observés, on note souvent des états mélancoliques (Becholm).

Les traumatismes portant sur des points éloignés du cerveau peuvent aussi déprimer l'individu, surtout les grands traumatismes opératoires, qui laissent quelquefois le sujet dans une sorte de torpeur. Parfois ce n'est pas le shock qui est en cause, mais la septicémie ou même l'intoxication médicamenteuse (iodoforme).

f. *Intoxications.* — Les causes pathologiques comprennent tout d'abord les intoxications.

L'*alcoolisme* aigu se manifeste d'habitude par un délire hallucinatoire assez confus où les troubles

1. Ponza, De l'influence de la lumière colorée dans le traitement de la folie, *Ann. méd.-psych.*, 1876, 5e s., t. XVI, p. 391.
2. Becholm, *Recherches bibliographiques, statistiques et cliniques sur les maladies mentales d'origine traumatique*, Th. Paris, 1896.

sensoriels, visuels et auditifs, tiennent la première place. Ordinairement ces troubles psychiques sont de courte durée, et après deux, trois, cinq jours, quelquefois moins et rarement davantage, ils disparaissent sans laisser de traces, ou simplement le souvenir d'une hallucination, une idée délirante parasite dont le sujet se débarrasse plus ou moins difficilement. Dans cette période aiguë, les troubles mentaux sont tellement diffus qu'on ne peut voir aucune systématisation ni orientation dans le sens d'un délire de persécution mélancolique ou autre. Il faut noter cependant que ces troubles délirants alcooliques sont plutôt de nature pénible. Mais il arrive que les premiers troubles passés, le malade ne revient pas franchement à l'équilibre mental. Des hallucinations persistent; des voix insultent le patient, le menacent, lui racontent des choses désagréables. Ce dernier est découragé, sans énergie. Il souffre physiquement et psychiquement. Bref il devient mélancolique comme dans le cas suivant.

Obs. XV. — *Délire mélancolique chez une alcoolique délinquante.*

Mme Car..., quarante-quatre ans, blanchisseuse, entrée le 10 janvier 1894 à l'asile St-Yon.

Un oncle paternel aurait été fou. Père mort jeune, mère morte d'un cancer; deux frères vivants assez bien portants.

Elle achetait dix sous d'eau-de-vie par jour pour elle et son mari. Elle dormait mal dans ces derniers temps.

Examinée le 12 janvier 1894, elle paraît l'air inquiet et troublé. Elle ne répond pas d'une façon précise aux

questions qu'on lui pose; elle dit qu'elle n'a plus de mémoire et qu'elle ne comprend rien à tout ce qui se passe. Elle paraît obsédée par des hallucinations. « On dit que nous ne sommes pas mariés », dit-elle.

Elle déclare qu'on est venu, il y a une douzaine de jours, les chercher elle et son mari dans leur maison; puis on les a menés à l'hospice du Havre; son mari a été placé aussi à l'hôpital; elle l'affirme bien qu'elle ne l'ait ni vu ni entendu. Elle se demande pourquoi on les a menés là-bas. On l'a mise dans une chambre toute seule; on ne l'a pas attachée. Ensuite deux agents l'ont conduite à l'asile sans aucune explication. Probablement on est venu l'arrêter parce qu'elle a volé du linge. Il faut noter que cette femme est blanchisseuse et qu'il est vraisemblable qu'elle ait commis de-ci de-là quelques larcins de linge au préjudice de ses clients. Elle avoue ses vols; et ses remords ont servi de base à des hallucinations dans lesquelles elle voit un reproche de ces délits.

Les hallucinations de l'ouïe sont particulièrement actives. Elle s'entend reprocher ces vols et d'autres commis par son mari. On l'accable d'injures grossières. Elle voit des gens qui viennent la tuer, mais c'est ordinairement pendant la nuit. Elle est émotive et a des peurs soudaines. Enfin elle a la semi-conscience qu'elle a la tête perdue.

Parfois on observe au cours de l'alcoolisme chronique de simples états de dépression mélancolique.

Obs. XVI. — *Mélancolie dépressive chez un absinthique.* N... Henri, trente ans, employé, entré le 24 avril 1894 à l'asile Ste-Anne (Service de M. Joffroy).

Père mort d'une néphrite à soixante-treize ans; très sobre, très intelligent; ingénieur, aurait fait beaucoup d'inventions. Mère morte à soixante-sept ans d'une maladie de foie. Le malade n'a pas beaucoup connu ses

grands-parents; mais il n'a jamais entendu parler qu'il y ait eu des malades dans sa famille. Ils étaient quatre frères et une sœur. Un frère et une sœur sont morts en bas âge. Les deux autres frères se portent bien et ne boivent pas.

Pas de maladies antérieures graves. Bonne instruction. Le travail intellectuel était facile. Il n'a pas uriné au lit dans sa deuxième enfance; il n'a jamais bégayé. Depuis sa sortie du lycée, il boit son apéritif — généralement de l'absinthe — avant ses repas.

Son père mourut il y a vingt-deux mois. Le malade, qui vivait avec lui, se sentit isolé, triste et se mit à boire davantage. Il prenait alors cinq à six absinthes par jour, le plus grand nombre dans la matinée. C'était devenu pour lui un besoin, et il n'aurait pas pu travailler sans avoir absorbé sa dose habituelle de boissons alcooliques. Dans les derniers mois de l'année 1894, son sommeil fut troublé habituellement par des insomnies; il rêvait qu'il tombait d'un toit, d'une gouttière, dans un précipice. Cette forme de cauchemars était fréquente.

Il se présente à l'examen profondément triste et déprimé. Il est découragé, incapable de travailler. Toute la journée il reste silencieux, n'ayant de goût à rien, conscient d'une souffrance morale qui n'a pas de motifs légitimes. Il n'a jamais eu d'hallucinations ni de délire proprement dit.

Parmi les symptômes physiques, il faut noter des attaques épileptiformes. Un jour du mois d'avril 1893, le malade est tombé comme une masse dans l'escalier. Il n'avait pas encore bu ses apéritifs. Plus tard, il ne s'est pas rappelé ce qui s'était passé durant le temps de sa chute et celui pendant lequel on l'a monté dans son lit, où il s'est réveillé. Deux fois il alla dans le courant de l'année 1894 voir son frère, percepteur dans le Pas-de-Calais, chez lequel il resta deux à trois jours. Il eut chaque fois une attaque qu'il attribue à la privation de boissons. Le premier jour de son entrée à l'asile, il a eu une nouvelle attaque, mais depuis il n'en avait plus eu. Cette attaque était de forme épileptique. Il est

tombé en arrière comme une masse, a grimacé, écumé, a eu des mouvements dans les membres ; le tout a duré trois ou quatre minutes ; il s'est relevé quelque temps après. Le malade n'a pas d'aura. L'examen ophtalmoscopique ne démontre rien d'anormal. Tremblement très prononcé des mains.

On s'est demandé pourquoi l'alcool déterminait parfois un délire vésanique inaccoutumé. M. Magnan a surtout insisté sur les antécédents héréditaires et personnels du sujet, lesquels expliqueraient d'après lui la production de ces troubles psychopathiques. L'individu, étant de système nerveux inférieur, réagirait mal au poison et ne recouvrerait l'équilibre mental qu'avec les plus grandes difficultés et après avoir traversé une phase délirante plus ou moins prolongée. Cette opinion est partagée par M. Joffroy, qui a cherché à lui apporter de nouvelles preuves cliniques au cours de ses leçons.

Certes, il est évident qu'un sujet débile, d'une grande aptitude vésanique, a tout ce qu'il faut pour fabriquer un délire à l'occasion d'une intoxication alcoolique, laquelle n'a même pas besoin d'être très profonde, si la prédisposition est au maximum. Mais ce qui est plus difficile à déterminer, c'est justement cette aptitude vésanique. Chez un individu qui n'a jamais manifesté de phénomènes délirants et qui se présente pour la première fois à l'observation médicale dans un état de délire alcoolique, il est souvent très difficile de dire qu'un accès vésanique suivra

les troubles aigus. Sur quoi se baser en effet pour porter un pronostic, qui dans l'espèce est un véritable diagnostic? Sur la présence, dans les antécédents héréditaires ou personnels du malade, de tares graves. Or combien d'alcooliques, malgré ces tares, se remettent vite de leur délire alcoolique subaigu? Il faut donc accepter que l'aptitude vésanique ne nous est encore révélée que par des signes dont aucun n'est pathognomonique et dont l'ensemble même ne permet pas de porter un pronostic ferme à coup sûr. Entre les probabilités que la constatation de ces signes permet d'établir et la certitude, il y a un écart considérable, qui traduit mille autres conditions individuelles.

Ces mélancolies de nature alcoolique se distinguent des autres surtout par leur origine, qui souvent est connue. Mais souvent aussi, quand on n'a pas assisté à la phase aiguë et que certains renseignements sont cachés, on peut être dans l'embarras pour porter un diagnostic étiologique exact. Les hallucinations visuelles et nocturnes ne sont pas un signe pathognomonique absolument sûr. Les troubles physiques seront d'un secours plus précieux. Le tremblement des lèvres, de la langue et des mains pourra nous mettre sur la voie, encore qu'on les rencontre aussi, mais plus atténués, chez certains mélancoliques non intoxiqués. Les troubles digestifs se rencontrent dans presque toutes les mélancolies; quant aux amyotrophies, qui sont

des stigmates d'alcoolisme chronique, ils manquent souvent dans cette intoxication. L'hémianesthésie, décrite chez les alcooliques par M. Magnan [1], se rencontre surtout dans l'hystérie.

L'évolution de la psychose ne peut pas fournir grand renseignement; car la durée de la maladie ne paraît pas tant en rapport avec l'intoxication alcoolique qu'avec le degré d'aptitude vésanique du sujet. Aussi l'abstinence — à laquelle cependant il faut toujours soumettre les malades dans un but prophylactique — n'a quelquefois pas grand effet sur les troubles délirants.

Mais il ne faudrait cependant point conclure dans ces cas que, parce que les gros signes de l'alcoolisme, les tremblements, l'excitation et les troubles hallucinatoires, ont disparu, il ne reste rien de l'intoxication alcoolique et proclamer que si le délire persiste, c'est qu'il n'est plus lié à elle. Il n'est plus lié aux signes objectifs de l'intoxication que nous connaissons, mais il est peut-être en rapport avec des troubles de la nutrition engendrés par l'alcool et lesquels, continuant d'évoluer, entretiennent le délire, qui serait ainsi rattaché indirectement à l'alcoolisme. De tout cela il faut retenir que le diagnostic étiologique d'alcoolisme n'est pas toujours facile.

Parmi les psychoses liées à l'alcoolisme aigu, il

1. Magnan, *De l'alcoolisme : des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement*, 1874.

faut noter des états de stupeur, en tout comparables aux stupeurs mélancoliques [1]. Dans ces cas, le malade tombe brusquement au milieu de son agitation, dans une dépression, s'accompagnant de phénomènes pseudo-catatoniques. Il est immobile, il ne parle pas. Parfois il a des hallucinations terrifiantes; d'autres fois sa pensée paraît suspendue. Les faits de ce genre montrent comment une cause directe, l'alcool, peut produire de toutes pièces un état psychopathique qui, *tout au moins en apparence*, ne se distingue des autres états vésaniques par rien d'essentiel.

Voici un cas de stupeur survenue au cours de l'alcoolisme aigu. Il montre — fait intéressant au point de vue médico-légal — que les malades de ce genre peuvent se souvenir de tout ce qui s'est passé et de tout ce qu'on leur a fait pendant leur crise.

OBS. XVII. — *Stupeur cataleptiforme dans l'alcoolisme aigu* [2].

Mme H... Marie, quarante ans, entrée le 2 décembre 1893, à l'asile St-Yon.

Cousin et cousine maternels aliénés. Collatéraux aliénés.

Bien réglée, ses fonctions physiologiques sont relativement bonnes. Nous disons relativement à cause d'un souffle de la pointe au premier bruit et des œdèmes

1. Garnier, *La folie à Paris*, 1890, p. 138. — Ed. Toulouse, *De la stupeur cataleptiforme dans le délire alcoolique subaigu*, 1894, p. 108.

2. Cette observation a déjà été publiée par l'un de nous, Ed. Toulouse, *Tribune médicale*, 1894, n° 6.

des jambes qui indiquent une lésion de l'orifice cardiaque dont le retentissement s'étend un peu sur tous les viscères.

Les abus de boisson durent depuis plusieurs années et portent surtout sur l'absinthe et l'eau-de-vie. Comme la plupart de ces malades, elle buvait plus qu'elle ne mangeait et dans ces derniers temps elle était devenue irritable, instable et peu assidue à ses occupations de ménagère.

Ces troubles psychiques étaient cependant peu bruyants, lorsque dans la nuit du 30 novembre dernier, Mme H... réveille son mari et lui dit : « Tu seras riche, car l'esprit de ton frère me l'annonce. » Elle se lève et se met à prier, puis court dans la chambre en criant que le diable allait les enlever. Durant quelques heures, cet état de trouble et d'agitation persista, mais le jour parut amener un peu de calme chez cette malade, qui toutefois redevint plus excitée le soir.

Durant la nuit suivante, elle se mit à briser tout ce qui lui tombait sous la main Elle poussait des cris d'épouvante, voyant des voleurs, croyant qu'on allait la brûler, et, dans ces accès de panaphobie, essayant de se jeter par la fenêtre. Cet état persista en s'aggravant durant les jours qui suivirent. La malade s'est rappelée après et m'a raconté qu'elle avait des hallucinations de la vue, surtout lorsqu'elle était couchée, la position horizontale les réveillant aussitôt. Des scènes dramatiques se déroulaient sans cesse devant ses yeux, des gens armés, des démons s'approchaient d'elle, des flammes l'environnaient. Elle voyait surtout des têtes qui passaient et repassaient devant elle et qui l'effrayaient beaucoup. Et comme c'est habituel dans le délire alcoolique, le sens de l'ouïe était aussi excité. Mais, fait curieux à noter, les hallucinations appartenaient à cette variété que Baillarger appelait psychique et auxquelles M. Séglas a donné avec raison le nom de psychomotrices.

C'est donc dans cet état de délire hallucinatoire avec agitation que la malade fut amenée le 2 décembre à

l'asile. Après une nuit très agitée, elle s'apaisa et se montra très déprimée. Le 3 au matin, peu d'instants avant qu'elle fût examinée, elle était tombée dans un état de stupeur profonde. Il fallut presque porter dans la salle d'examen la malade, qui paraissait paraplégique. Une fois assise, elle garda une immobilité de statue, les bras pendant le long du corps, la tête droite, le regard fixé à terre. On s'approche de la malade, on lui parle, on la secoue, mais on n'obtient aucune réponse. Elle ne paraît ni entendre, ni voir le médecin. Cependant ses yeux sont grands ouverts et, détail important, les paupières ne clignotent pas. Durant trois quarts d'heure on n'a pas constaté une seule fois ce phénomène, et cependant les larmes ne coulent pas sur la joue comme cela arrive souvent dans la catalepsie où le clignotement est suspendu. La respiration est douce, superficielle, mais assez rapide, puisque le nombre des inspirations est de 23 par minute. Le pouls marque 88, les pulsations ne sont pas égales et certaines sont plus fortes que les autres. Si on lève le bras de la malade et qu'on le maintienne en l'air durant quelques instants, il revient lentement à sa place. Les membres ont ainsi une certaine tendance à conserver leur position.

Les diverses sensibilités paraissent abolies. Des piqûres et des chatouillements promenés sur divers points de la peau et des muqueuses ne déterminent pas de réaction marquée. Les réflexes, notamment ceux des genoux, sont exagérés.

Pour se rendre compte de la faculté de perception de la malade, on fait diverses petites expériences basées sur un phénomène bien connu. On sait que la pupille subit des changements de forme plus ou moins visibles lorsqu'on provoque des sensations agréables et surtout douloureuses des divers sens. C'est un phénomène pas toujours facile à constater, mais qui peut fournir parfois des renseignements. Or, on ne remarque aucune contraction ni dilatation de l'orifice pupillaire, malgré mes diverses excitations sensorielles. La lumière et le passage dans le champ visuel de la malade de divers

objets (dynamomètre, stéthoscope, plume) n'avaient aucune action sur la pupille qui restait immobile, et cependant la vision n'était pas abolie, car lorsqu'on approchait les doigts trop près des yeux, avant que les cils fussent touchés la tête se renversait en arrière. On essaie d'exciter les autres sens, on porte une montre aux oreilles de la stupide, on laisse tomber par terre un corps solide; on place sous le nez de la patiente des flacons débouchés et contenant diverses odeurs, on pique assez fort les jambes, les genoux, les bras et le front, on brûle les mêmes parties avec le termo-esthésiomètre, chauffé à 60°, on chatouille avec une plume d'oie les narines, les lèvres, la peau du canal auditif externe et ces excitations n'ont aucune action sur la pupille. On essaie alors de déterminer par les mêmes expériences des modifications sur la respiration et la circulation, qui, on le sait, sont aussi influencées par des excitations sensorielles; mais le pouls et les inspirations conservent leur rythme et leur fréquence. Il semble donc que la perception, même cette perception organique qui se traduit par des réactions sur le muscle ciliaire, le cœur et les poumons, est presque abolie. Mais elle ne l'est pas tout à fait. Il est dit plus haut que la malade rejetait sa tête en arrière quand on approchait un objet trop près de ses yeux, de même les flacons d'odeur portés sous son nez provoquaient un mouvement analogue, mais sans que la malade fît l'action de flairer.

Mme H... sortit le soir même de cet état. Après quelques alternatives d'excitation et de dépression, elle redevint peu à peu lucide. Le 6 décembre, c'est-à-dire quatre jours après son entrée, elle était en partie revenue à elle et raconta qu'elle avait gardé un souvenir complet de mon examen; elle se rappelait parfaitement qu'on l'avait piquée, chatouillée, chauffée (avec le thermoesthésiomètre). Elle sentait, racontait-elle, mais d'une façon obtuse; elle voyait, mais ne pouvait parler. Elle avait peur qu'on lui fasse du mal. Pour expliquer son état, elle dit qu'elle devait être une *somnambule*.

Pour en finir avec l'histoire de cette malade, disons

que ses idées devinrent de moins en moins confuses, qu'il resta pendant quelques jours une émotivité exagérée, qui s'atténua peu à peu, et enfin qu'elle put sortir le 7 janvier, en pleine convalescence de son délire alcoolique. Avant de quitter l'asile elle fut examinée de nouveau. Elle ne présentait aucun stigmate d'hystérie. Les inspirations étaient de 20 par minute et le pouls marquait 80. Les réflexes étaient moins vifs. Les diverses excitations sensorielles, tactiles, auditives, gustatives ne modifiaient l'état de la pupille que d'une manière peu sensible. Leur action sur la circulation et la respiration paraissait à peu près nulle. En revanche, la pupille se contractait facilement à la lumière.

Les individus qui font usage de *morphine* peuvent être distingués, selon la classification de M. Magnan, en morphiniques et en morphinomanes. Les premiers sont tous ceux qui s'intoxiquent habituellement avec la morphine, et forment les pendants des alcooliques; les seconds sont ceux qui éprouvent, par paroxysmes, le besoin d'absorber de la morphine et sont les symétriques des alcooliques dipsomaniaques. Toutefois il faut noter que ce besoin, bien qu'il puisse prendre chez certains névropathes une physionomie obsédante, est la règle chez tous les morphinisés; aussi l'étiquette commune de morphinomanes appliquée dans le langage courant à ces derniers se justifie par quelques raisons.

Quoi qu'il en soit, les morphiniques présentent assez rarement des troubles délirants. Dans la période de besoin, quand ils sont sevrés de leur

poison, ils montrent inquiets, anxieux, agressifs; mais en somme ces troubles psychiques sont peu intenses ou du moins peu caractérisés. C'est l'opinion de la plupart des aliénistes d'expérience [1] que la morphine produit rarement des délires. Toutefois on conçoit que cette intoxication puisse, chez certains individus prédisposés, et par la dénutrition qu'elle imprime à tout l'organisme, éveiller certains états dépressifs.

Le *cocaïnisme* est souvent associé au morphinisme. Soit par sa combinaison habituelle avec un autre empoisonnement, soit par ses seules propriétés, la cocaïne produit des désordres psychiques plus graves. MM. Magnan et Saury [2] ont montré que les hallucinations étaient fréquentes et intenses dans le cocaïnisme. Le délire se rapproche en somme du délire alcoolique et peut se prolonger en présentant une physionomie mélancolique.

Le chloroforme, l'éther, le protoxyde d'azote, la digitale, la quinine, le sulfate d'atropine, ont, imprudemment maniés, provoqué des troubles psychiques, le plus souvent à base hallucinatoire et de courte durée. Dans les observations publiées, on trouve çà et là des idées mélancoliques, mais peu ou pas de délires mélancoliques quelque peu cohé-

1. Paul Garnier, *Ann. méd.-psych.*, 1889, t. IX, p. 450 et 451.
2. Magnan et Saury, Trois cas de cocaïnisme chronique, *Société de Biologie*, 26 janvier 1889.

rents. On a essayé de décrire un état mélancolique lié à l'intoxication iodoformique (de Brun) [1].

Le plomb expose les personnes qui le manient à des accidents cérébraux parfois très graves. Le délire plombique subaigu se rapproche beaucoup, par ses hallucinations, du délire alcoolique. Mais il peut survenir, au cours du saturnisme, ainsi d'ailleurs que dans la plupart des intoxications, des délires tranquilles avec préoccupations mélancoliques et qui sont surtout caractérisés par de la confusion mentale [2].

Les mêmes troubles psychopathiques, rappelant certaines variétés de mélancolie, ont été constatés au cours de l'intoxication par le mercure [3]. Les états psychiques avec confusion et torpeur produits par l'oxyde de carbone [4] se rapprocheraient plutôt de la démence.

En résumé, les intoxications donnent souvent lieu à des troubles mentaux dont le type le plus fréquent est, après la phase aiguë, une sorte de torpeur, de stupidité avec confusion dans les idées, qui se rap-

1. In Rossignol, *De l'intoxication iodoformique à la suite de pansements iodoformés*, th. Paris, 1890, p. 35.

2. Tanquerel des Planches, *Traité des maladies du plomb*, 1839, t. II, p. 285.

3. Chapuis, Aliénation mentale déterminée par l'exposition aux vapeurs de mercure, *Ann. méd.-psych.*, 1867, t. X, p. 39.

4. Bourdon, *Des paralysies consécutives à l'intoxication par la vapeur du charbon*, th. Paris, 1843. — Raffegeau, Note sur un cas de démence consécutive à l'intoxication oxycarbonée, *Ann. méd.-psych.*, 1889, t. IX, p. 455 et suiv.

proche par certains caractères de la stupeur mélancolique.

Nous ne dirons rien ici de la pellagre — bien que par son étiologie elle appartienne aux intoxications de nature alimentaire, — car c'est là une maladie qu'on n'a plus guère l'occasion d'observer. La pellagre a une symptomatologie des plus complexes; et toutes les formes psychopathiques, y compris la mélancolie, ont été observées au cours de cette affection.

g. *Maladies infectieuses.* — Elles peuvent donner lieu à deux variétés de troubles délirants [1]. Les uns surviennent au moment de l'acmé fébrile. Ils sont généralement diffus et à base hallucinatoire; et les conceptions morbides sont trop mobiles pour se systématiser dans un délire quelque peu cohérent et caractérisé. Ils paraissent surtout en rapport avec l'hyperthermie, avec l'intensité de l'infection portant son action sur le système nerveux, et beaucoup moins avec la prédisposition vésanique du sujet. Ils durent d'ailleurs fort peu et ne sont pas à proprement parler de l'aliénation mentale. Quel-

1. Thore, De la folie consécutive aux maladies aiguës, *Ann. méd.-psych.*, 1850, t. II, p. 586. — Chéron, th. de Paris, 1866. — Christian, De la folie consécutive aux maladies aiguës, *Arch. génér. de médecine*, 1873, p. 257 et 421. — Ball et Ritti, Art. Délire, *Dictionn. encycl. des sc. méd.*, 1re série, t. XXVI, 1882, p. 357. — Kraepelin, De l'influence des maladies aiguës sur la genèse des maladies mentales, *Anal. in Arch. de neurologie,* 1881, t. II, p. 263, et 1882, t. IV, p. 105.

quefois cependant ils se prolongent jusqu'à la convalescence et se transforment en un délire plus ou moins bien organisé et de longue durée, comme pour montrer combien la division absolue en délires fébriles et délires vésaniques est chose artificielle [1].

D'autres troubles mentaux surviennent au moment de la convalescence. Ils sont surtout en rapport avec l'état d'épuisement de l'organisme et peut-être davantage avec la prédisposition du sujet. Parmi les psychoses qu'on observe dans ces derniers cas, il faut surtout noter des états de confusion mentale [2], qui trahissent la dénutrition du système nerveux, appelés délire d'inanition, stupidité, etc. Leur physionomie rappelle celle de la stupeur mélancolique, quoiqu'elle se distingue parfois par l'absence de toute idée triste. Enfin des états mélancoliques, variés d'aspect, se manifestent au cours des convalescences des maladies infectieuses, peut-être plus souvent encore que les états d'excitation maniaque. C'est ce que l'on peut constater au cours de fièvres éruptives, de la variole [3], de la rougeole [4], de la

1. J. P. Falret, *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, 1864, p. 7. — Foville, Art. Délire, *in Nouv. Dictionn. de méd. et de chirurgie*, t. XI, 1869, p. 18.

2. Régis et Chevalier-Lavaure, *Des auto-intoxications dans les maladies mentales*, La Rochelle, 1893, p. 40 et suiv. — Ballet et Roubinovitch, *Contribution à l'étude des auto-intoxications dans les maladies mentales*. Congrès des neurologistes et aliénistes. La Rochelle, 1893.

3. Quinquaud, Sur quelques troubles nerveux consécutifs à la variole, *Encéphale*, 1884.

4. Kraepelin, ouvr. cité, *Arch. de neurol.*, 1882, t. IV.

scarlatine [1]. Après l'érysipèle, qui est aussi une sorte de fièvre éruptive, il n'est pas rare d'observer des états de stupeur [2] plus ou moins prolongés.

Mais c'est surtout la *fièvre typhoïde* qui est, parmi les maladies infectieuses, celle qui donne le plus souvent lieu à des troubles mentaux [3]. De bonne heure étudiés, ils ont été fréquemment décrits dans ces derniers temps [4]. Une des variétés le plus souvent observées est un état de pseudo-démence qui rappelle beaucoup la stupeur mélancolique. Ce qui la caractérise c'est la faiblesse, la torpeur intellectuelle, tout comme dans certaines formes de lypémanie. Cette asthénie cérébrale est poussée même à un tel degré qu'elle simule la démence; et cependant il ne s'agit pas de démence incurable, puisque les malades peuvent guérir. Le sujet est immobile; sa physionomie est niaise et indifférente, mais par instants elle s'éveille dans un éclair de courte durée. Le rire par exemple survient quelquefois, inopiné, sans motif apparent. Dans certains cas des impul-

1. Kraepelin, ouvr. cité.

2. Christian, *De la folie consécutive aux maladies aiguës*, ouvr. cité, p. 261.

3. Sauvet, Remarques sur le délire consécutif aux fièvres typhoïdes, *Ann. méd.-psych.*, 1845, VI, p. 223. — Max Simon, De la folie consécutive à la fièvre typhoïde, *Journ. des Connais. médico-chirurg.*, 1844, p. 53.

4. Marandon de Montyel, De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la folie, *Ann. méd.-psych.*, 1893, t. IX, p. 387. — Glover, *La folie et la fièvre typhoïde*, th. Paris, 1891. — Pagliano, *Revue de médecine*, 1894. — Saisset, th. de Paris, 1895.

sions jettent soudainement les malades dans des mouvements, des gesticulations, des actes de violence même qui ne se rapportent à rien de précis. Le gâtisme peut apparaître de façon continue ou intermittente, et il faut dans certains cas recourir à l'alimentation artificielle. Au point de vue psychique, c'est le sommeil de la pensée que l'on constate. Les malades ne répondent pas ou que très difficilement aux questions qu'on leur pose. Cependant en insistant, en les faisant écrire, ce qu'ils exécutent quelquefois avec moins de répugnance que pour parler, on arrive à se convaincre qu'ils ne sont pas tout à fait indigents de pensées. Il y a des idées, des images dans ces cerveaux; mais elles sont comme effacées, brouillées; et le pouvoir de synthèse, cette faculté qui réunit dans une seule pensée les éléments épars de l'esprit, est d'une faiblesse extrême.

Comme dans la mélancolie essentielle, ce qui est caractéristique c'est donc l'arrêt psychique, un ralentissement considérable des processus intellectuels. Si l'on ajoute à cela que ces malades manifestent parfois, tout au moins par leur attitude, des idées tristes, on comprendra comment ils ont été souvent pris pour des mélancoliques. Arrêt physique — qui ne manque pas non plus, — arrêt psychique, impulsions, refus d'aliments, c'est bien ainsi en effet que l'on décrit les formes stupides de la lypémanie.

De quelle manière se développe cet état mental?

Nul doute que les troubles profonds de la nutrition, amenés par l'évolution dothiénentérique, ne soient la base somatique de ces psychopathies. Les cellules cérébrales sont frappées de stupeur; leurs fonctions languissent. Et on conçoit que l'intelligence trahisse cet état de faiblesse physiologique.

La prédisposition n'est pas douteuse dans certains cas [1]; évidemment un cerveau mal doué, faible originellement, se laissera d'une part plus facilement désorganiser par une fièvre typhoïde et d'autre part se réparera moins aisément et plus lentement qu'un autre. Mais on conçoit aussi que l'intensité de la fièvre, la localisation du poison typhique sur les cellules nerveuses soient les conditions psychopathiques défavorables pour tous les cerveaux, quelque résistants qu'ils soient. Car enfin il n'est pas de machine animale, si bien construite soit-elle, qui ne puisse être dérangée par ses agents morbides et des modifications physiques. Puis que d'anneaux ignorés entre les gros symptômes de la fièvre typhoïde et les troubles mentaux! Admettons par exemple que la fièvre typhoïde frappe certains organes glandulaires, dont les fonctions sont très utiles à la nutrition générale, la glande thyroïde par exemple. Voilà une maladie secondaire créée et qui évolue pour son propre compte, et cela d'une manière silencieuse. Il peut survenir alors un état

1. Glover, ouvr. cité.

de stupidité avec obésité, une sorte de myxœdème qui serait relié à la fièvre typhoïde par l'intermédiaire d'une altération thyroïdienne. Ce n'est point là une explication *a priori*, et peut-être un jour montrerons-nous des exemples prouvant cette pathogénie. En définitive la fièvre typhoïde peut donner lieu à des états de stupeur qui ne se distinguent, par rien d'important, des stupeurs décrites comme psychoses pures.

Il ne faut pas rejeter l'influence pathogénique de l'infection dothiénentérique sous prétexte que la fièvre typhoïde est finie quand les troubles mentaux apparaissent pour durer plus ou moins longtemps. Ce qui est fini, c'est la symptomatologie extérieure, celle que nous connaissons et que nous pouvons voir. Mais, dans les coulisses, le drame biologique continue. Et sur ce prolongement caché de la fièvre typhoïde se greffent les troubles mentaux [1].

OBS. XVIII. — *Stupeur pseudo-démentielle consécutive à la fièvre typhoïde.*

Mlle Ca..., Marguerite, dix-huit ans, entrée le 20 août 1895, à l'asile Ste-Anne (Service de M. Joffroy).

Le père s'est suicidé à vingt-huit ans; au dire d'une tante maternelle, il était atteint de « rhumatisme nerveux de la colonne vertébrale ». Il aurait présenté avant sa mort des idées mélancoliques. La mère avait épousé son cousin germain. Elle était mal équilibrée et

1. Ed. Toulouse, *Les causes de la folie*, 1896, p. 234.

très nerveuse, mais sans crises de nerfs. Elle est morte à quarante ans de bronchite chronique (?). Le frère est mort en nourrice. Une tante maternelle paraissait mal équilibrée, très émotive. Un oncle maternel a présenté des troubles mentaux. Le grand-père maternel était déséquilibré ; il fréquentait beaucoup les cafés. La grand'mère maternelle était très nerveuse.

La malade est née le 27 janvier 1877. Pas de convulsions pendant l'enfance. Une première (?) fièvre typhoïde à cinq ans. Très intelligente, elle apprenait bien à l'école, où elle travaillait un peu trop. Elle eut une scarlatine à dix ans. Réglée à treize ans, elle eut une fièvre typhoïde à seize ans, qui dura un mois. Elle n'a pas déliré pendant sa maladie, mais elle est restée trois semaines sans manger. A la suite de cette maladie, elle présente une grande faiblesse de la mémoire. Ses menstrues n'ont plus reparu que de loin en loin, tous les six mois environ,

Trois mois environ après la fièvre typhoïde, elle eut un accès de mutisme. Deux ans plus tard, le 18 août 1895, elle fut placée à l'asile, où elle présenta les signes suivants.

L'examen physique révèle des stigmates nombreux de dégénérescence : oreille à lobule adhérent, à conque regardant en avant; voûte palatine ogivale; prognatisme supérieur prononcé; dents mal implantées ; strabisme léger, absence congénitale du corps thyroïde. Doigts fuselés dont la dernière phalange est arrêtée dans son développement. De plus le corps en général présente les caractères de l'infantilisme; sa taille n'est que de 1 mètre 42 et le poids est de 44 kilog. 800 (avec ses vêtements) ; elle est plutôt grasse.

Les règles sont supprimées. La respiration est superficielle et rapide (25 respirations à la minute). Le pouls radial (60 pulsations en moyenne) est faible, dépressible, difficilement perceptible.

La sensibilité tactile ne peut être étudiée chez la malade, attendu qu'elle ne veut pas dire si elle sent ou non. Mais on peut constater que le réflexe de cha-

touillement est conservé à la plante des pieds; que les réflexes rotuliens sont exagérés surtout à gauche. La sensibilité à la douleur n'est constatable que sur une portion seulement du corps; elle existe, mais diminuée, à la paume des mains, à la plante des pieds et sur les avant-bras, ainsi qu'à la face; elle est presque entièrement abolie en avant et en arrière de la poitrine, ainsi qu'aux cuisses, et ne paraît exister intacte que dans la région abdominale et périombilicale en avant et au niveau des reins en arrière. Elle ne gâte pas et dort bien.

La malade est dans un état d'hébétude complet. Il faut insister énormément pour obtenir la moindre réponse, et alors elle parle d'une voix basse et indistincte. Mais le plus souvent elle garde le silence et prend un air étonné; parfois elle sourit niaisement.

On la voit par instants jeter autour d'elle un regard circulaire, mais sans expression, ne se fixant sur rien.

La malade est sujette fréquemment à des crises de rires non motivés, durant parfois une demi-heure. Au cours de ces crises, elle se balance sur sa chaise d'avant en arrière, au risque de tomber.

Elle a des impulsions violentes; c'est ainsi qu'elle voulait un jour battre sa tante au parloir. Elle mange seule, mais sans aucune propreté ni tenue. Elle se salit.

Rien de ce qui l'environne ne paraît l'intéresser. Elle ne veut pas faire le moindre travail; elle se promène sans but ni plaisir, elle a des tendances à conserver les attitudes qu'on lui fait prendre. Elle obéit automatiquement aux ordres donnés successivement : « Allez vers la cheminée. — Prenez le bougeoir. — Apportez-le. — Ouvrez la porte. — Sortez. — Rentrez. — Asseyez-vous par terre. (Elle résiste, puis obéit.) — Levez vos robes (Elle résiste et ne lève que sa robe et son tablier, mais non sa jupe, — ce qui montre la persistance du sentiment de la pudeur.)

Si on lui dit de lire le journal, elle s'en acquitte fort bien en s'arrêtant de temps à autre. Elle reconnait son

lit, sa place à table, elle mange sans aide et se déshabille seule.

Ces faits montrent qu'elle n'est pas aussi démente qu'elle le paraît. Mais une expérience très intéressante nous a permis de nous rendre compte (en novembre) de la quantité de faits et de connaissances qui persistaient dans ce cerveau apparemment vide de toute pensée. Elle ne répond pas oralement aux questions qu'on lui pose; mais si on lui dit de répondre en écrivant, elle obéit. Et c'est ainsi que nous avons eu la conversation suivante :

D. Quel est votre âge?

R. (en écrivant). Dix-sept ans.

D. Comment s'appelle votre tante?

R. Mademoiselle Ca...

D. En quelle année sommes-nous?

R. Elle cherche quelque temps, hésite, puis écrit dix-huit et s'arrête. Alors on l'aide :

D. 1875? 1890?

R. Elle écrit 9 après le 18, réfléchit encore et finalement ajoute un 0 : 1890. (Il y a donc seulement souvenir de la décade et non de l'année même.)

On lui dicte des mots et des phrases pour étudier la conservation de la mémoire orthographique et grammaticale. Voici les mots demandés et, entre parenthèses, les mots écrits par la malade : Nabuchodonosor (exactement); Méditerranée (exactement, après avoir mis un deuxième *n* qu'elle supprime) ; hypothèse (exactement) ; anticonstitutionnellement (*anticonstutionnellement*); Pyrénées (*Pyrénnées*); colosse de Rhodes (*Colosse de Rodes*); gymnastique (exactement); les fleurs que j'ai cueillies (*les fleurs que j'aies ceuillis*).

D. Quels sont les grands hommes du siècle de Louis XIV?

R. Au lieu de répondre, elle écrit la demande, sauf le chiffre XIV; elle cherche un peu, puis écrit en lettres le mot quatorze.

D. Citez-en quelques-uns?

R. Condé, Turenne, Luxembourg, Vauban, Duquesne,

Tourville, Jean Bart, Massillon, Fléchier, Duguay-Trouin.

Sur trois additions qu'on lui pose, deux sont bonnes. Quelques multiplications sont faites seulement à moitié.

Disons aussi, pour en finir avec l'écriture, que de la main gauche elle n'écrit pas en miroir, ainsi que le font bien des sujets se trouvant dans un état d'automatisme cérébral.

L'*influenza* a, dans les récentes épidémies, souvent provoqué l'explosion de troubles mentaux. Aussi la littérature médicale est sur ce point riche en études d'ensemble [1]. Comme toujours c'est surtout à la convalescence qu'apparaissent les psychoses prolongées, et notamment les états mélancoliques. Dans un cas de stupeur, analogue à ceux qu'on observe dans la fièvre typhoïde, M. Pierret [2] a constaté des lésions attribuables à une méningo-encéphalite infectieuse.

Il y a longtemps que l'aliénation mentale consécutive au *choléra* a été signalée [3]. Parmi les psychoses observées dans la convalescence de

1. Mairet, Grippe et aliénation mentale, *Montpellier médical*, 1890. — Ladame, Des psychoses après l'influenza, *Ann. méd.-psych.*, 1890. — Bidon, Étude clinique de l'action exercée par la grippe de 1889-1890 sur le système nerveux, *Rev. de méd.*, 1890, p. 661 et 839. — Leledy, *Contribution à l'étude de l'épidémie de grippe de 1889-90*, th. Paris, 1891. — Ed. Toulouse, Les psychoses post-influenziques et post-fébriles, *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 583.

2. Pierret et Paret, Mélancolie avec stupeur suite d'influenza, etc., *Lyon médical*, 9 oct. 1892.

3. Delasiauve, Influence du choléra sur la production de la folie, *Ann. méd.-psych.*, 1849, t. I, p. 331. — Griesinger, ouvr. cité, p. 221.

cette maladie, la stupeur a été notée assez souvent. M. Séglas [1] a rapporté le fait d'une malade qui resta, après une atteinte de choléra, dans un état de confusion mentale avec arrêt des processus psychiques.

L'*impaludisme* est une maladie infectieuse qui peut troubler les fonctions cérébrales soit par les accès de fièvre intermittente, soit par son empoisonnement lent qui amène à la longue une dénutrition profonde. Griesinger [2] a aussi décrit une sorte d'impaludisme larvé, où l'accès fébrile est remplacé par un accès de délire avec frissons, chaleur et sueur. Pour ce qui est de la mélancolie, Baillarger [3] avait observé, chez les paludéens, des états de stupidité; et plus récemment MM. Lemoine et Chaumier [4] les ont décrits chez les convalescents des fièvres paludéennes.

On s'accorde généralement à admettre que la *tuberculose* est plus fréquente chez les aliénés que chez les gens sains d'esprit [5]. La chose se conçoit facilement *a priori*. En effet, la tuberculose étant

1. Séglas, Un cas de folie post-cholérique à forme de confusion mentale primitive, *Ann. méd.-psych.*, 1893, p. 376.

2. Griesinger, ouvr. cité, p. 218.

3. Baillarger, ouvr. cité, p. 218.

4. Lemoine et Chaumier, Des troubles psychiques dans l'impaludisme, *Ann. méd.-psych.*, 1887, t. V, p. 177.

5. Clouston, Art. PHTHISICAL INSANITY in Hack Tuke, *Diction. of psycholog. medicine.* — Cullerre, Contribution à l'étude de la tuberculose chez les aliénés, *Ann. méd.-psych.*, 1876, t. XV, p. 161.

l'aboutissant de toutes les maladies générales s'accompagnant de dénutrition, elle doit trouver un merveilleux terrain de développement chez les aliénés, qui sont tous plus ou moins atteints dans leurs fonctions et par conséquent dans leur résistance vitale. Les mélancoliques, qui sont souvent déprimés, refusent les aliments et languissent dans un état d'arrêt psycho-physique, sont plus que tous autres exposés à devenir tuberculeux. Mais cela prouve que la tuberculose est une complication plus ou moins fréquente de l'aliénation mentale et surtout de la mélancolie. Prédispose-t-elle aux troubles psychopathiques? C'est une autre question. Pour affirmer cela, il faudrait établir par des statistiques combien sur 1000 tuberculeux deviennent aliénés et combien sur 1000 gens non tuberculeux le deviennent aussi.

Quoi qu'il en soit, en clinique, on observe assez fréquemment des états psychopathiques et notamment mélancoliques développés au cours de la tuberculose pulmonaire, — car c'est d'elle que nous nous occupons surtout ici. L'euphorie des tuberculeux est une chose connue; mais ce n'est point là un fait constant. Il arrive par exemple dans la période de début de la tuberculose, lorsque l'individu se dénourrit, maigrit et sent ses forces l'abandonner, que l'état mental évolue dans le sens de cette dépression physique et qu'un sentiment de souffrance, qu'une diminution de l'énergie, et des idées de

découragement et de tristesse envahissent le sujet. A ce moment l'inquiétude de la santé qui se détruit, l'émotion causée par cette idée plus ou moins nette de la phtisie, l'appréhension d'avoir à renoncer à ses occupations, l'ennui d'une vie plus réglée et moins distrayante, tout cela forme un ensemble de causes morales capables d'amener un état mélancolique nettement caractérisé. Dans les cas de ce genre la mélancolie ne paraît pas avoir une forme bien spéciale. Plus tard, la cachexie, l'épuisement, quelquefois même des lésions tuberculeuses de l'encéphale peuvent provoquer des états mélancoliques qui parfois se traduisent par des phénomènes de stupeur plus ou moins profonde et avec paresse psychique.

Le cas suivant est celui d'un délire mélancolique survenant au cours d'une tuberculose pulmonaire; mais l'étiologie est là complexe.

Obs. XIX. — *Mélancolie délirante chez un tuberculeux.* Day... Eugène, trente-six ans, imprimeur, entré le 14 février 1896 à l'asile Ste-Anne (Service de M. Joffroy).

Père mort tuberculeux à quarante ans, était de caractère emporté. Mère âgée de soixante-trois ans, hystérique. Frère bizarre; il a quitté les siens il y a une quinzaine d'années et on ne sait ce qu'il est devenu. Le malade a une fille âgée de huit ans, faible, maladive.

Il a été très malade en nourrice : on dut le retirer parce qu'on le faisait presque mourir de faim. A sept ans, rougeole. Bronchite (?) à vingt-six ans. Au cours de cette bronchite il aurait craché du sang. A vingt-huit

ans, il se marie et sa femme remarque qu'il tousse souvent. Dans ces derniers temps il eut plusieurs hémoptysies. Il a toujours été sujet à des éblouissements et des vertiges, deux fois il a même perdu connaissance et est tombé brusquement sur le plancher, mais sans convulsions ni cloniques, ni toniques. Son amnésie est complète après chaque crise; il a un caractère habituellement triste, renfermé. Il a une grande passion pour le jeu des courses; il s'y est même ruiné et a vendu des meubles pour continuer à jouer. Sa femme dut le quitter à cause de ce penchant vicieux. Des excès alcooliques sont probables, mais non avérés. Il est atteint de saturnisme.

Sa femme a seulement remarqué le 10 février dernier l'état anormal de son mari. Il est rentré brusquement en s'accusant d'un vol de gravures fait au préjudice de son patron; il ajoutait en même temps que des agents couraient à sa poursuite. Inutile d'ajouter que ce vol n'a jamais eu lieu. Mais dès lors, tout ce qu'il voyait et entendait, il le rapportait à cette idée qu'il était un voleur : dans la rue, il avait peur, parce qu'il voyait partout des agents de police; chez lui il croyait toujours entendre causer derrière la porte des personnes venues pour l'arrêter.

A l'asile, il raconte qu'on a perquisitionné chez lui et qu'on y a trouvé plusieurs numéros du journal le *Petit Français*. Il est condamné aux travaux forcés à perpétuité. On l'a conduit dans un asile d'aliénés non en tant que fou, mais comme criminel. Il y a, dit-il, dans cette maison deux parties bien distinctes : l'une pour les maladies mentales, l'autre pour les condamnés à des travaux forcés ou à la mort. Il est très malheureux, ajoute-t-il. La nuit, il ne peut dormir par crainte de l'échafaud. Il sait aussi à n'en pouvoir douter que tout le pays est ameuté contre lui : il est en butte aux moqueries de tous ses camarades; on le nargue en chantant des chansons injurieuses pour lui; on pend des placards insultants à son adresse. Le directeur de la maison où il se trouve fait publier à un grand nombre

d'exemplaires un journal où sa figure est représentée afin de faire le plus de publicité possible sur son exécution. Cette dernière doit avoir lieu ce matin même à onze heures, attendu qu'un de ses camarades l'a appris d'un télégraphiste. Du reste, tous les journaux de ce matin contiennent la nouvelle. On lui apporte alors tous les journaux du jour. Il les parcourt fiévreusement, mais voyant qu'ils ne font aucune mention de son exécution, il proteste en déclarant : « Ce sont des vieux journaux, ces journaux sont faux ». Il est au reste complètement résigné à son sort, il a mérité la guillotine et il l'attend comme une délivrance. Il doit mourir. Sa fin est proche. Aussi refuse-t-il toute alimentation.

Il urine, dit-il, énormément, jusqu'à 20 litres par jour. En réalité, il urine peut-être 1 litre et demi; c'est du moins la quantité que nous avons pu recueillir. D'après lui, s'il urine beaucoup, c'est à cause de la peur qui ne le quitte pas. Pas d'idées hypocondriaques. Il est en proie à des hallucinations de l'ouïe; il entend dans la rue la populace excitée contre lui crier : « A bas Day..! à mort Day...! » On excite les chiens pour les faire aboyer contre lui.

Voici maintenant les principaux symptômes physiques : pouls, 70; respiration, 16. Réflexes rotuliens abolis. Dynamomètre : MD, 27; MG, 24. Pas de troubles oculaires. Respiration rude aux deux sommets; au sommet gauche quelques craquements secs à chaque inspiration. Tremblement très léger des mains.

L'action de la *syphilis* est assez analogue à celle de la tuberculose. Dans la période de début de la vérole, le chagrin d'être syphilitique, l'appréhension des accidents futurs et les préoccupations au sujet du mariage et des descendants suffisent chez des individus dénourris par l'évolution de l'infection, surtout s'ils sont quelque peu névro-

pathes, pour les plonger dans un état de dépression mélancolique plus ou moins accusé. Les premiers syphiligraphes, Fracastor notamment, avaient remarqué ces troubles de l'état mental. Wiglesworth [1] a observé un cas de délire mélancolique qui débuta avec le chancre et disparut quelques mois après. Il ne paraît pas qu'il y ait de formes de lypémanie spéciales à la syphilis, pas plus d'ailleurs que d'autres formes vésaniques; les caractères donnés par M. Mairet [2] pour établir ces variétés cliniques ne sont pas probants. Nous pensons d'ailleurs qu'aucune maladie ne peut donner lieu à une forme psychopathique spéciale. La question est plus complexe, les variétés cliniques peuvent être en rapport avec des groupes pathologiques et surtout avec les processus pathogéniques. Quand ceux-ci sont identiques, où qu'on les observe (émotions, puerpéralité, maladies infectieuses, traumatismes), les troubles psychopathiques ont toutes les chances d'être analogues [3].

Obs. XX. — *Mélancolie avec idées délirantes associées et multiples chez une syphilitique.*

Mlle Dh...... Florestine, vingt-neuf ans, couturière, entrée le 29 août 1894 à l'asile Ste-Anne (Service de M. Joffroy).

1. In Parant, Syphilis et folie, *Ann. méd.-psych.*, 1888, t. VIII, p. 415 et suiv.

2. Mairet, *Aliénation mentale syphilitique*, Montpellier, 1893.

3. Ed. Toulouse, *Les causes de la folie*, 1896, liv. III.

Père inconnu, mère morte à trente-six ans de variole. A onze ans, fièvre typhoïde, après laquelle sa mémoire a beaucoup baissé. A vingt-sept ans, syphilis reconnue et traitée; syphilides sur le tronc et la figure. Elle a toujours eu un caractère bizarre.

A la fin du mois d'avril 1894, dix-huit-mois après le début de la vérole, la malade manifesta quelques idées de persécution. Ses voisins et son amant disaient du mal d'elle, voulaient l'empoisonner et l'assassiner. Au commencement du mois d'août, elle commença à parler de certains esprits qu'elle accusait de produire tous ces effets; elle aurait senti en même temps l'odeur de la poudre et aurait vu très distinctement la sainte Vierge en rouge, les saints, l'esprit de sa mère.

Placée à l'asile, un matin, elle s'éveille, se croyant hypnotisée par son amant et voyant tous les objets qui l'entourent en rouge; elle aperçoit aussi la sainte Vierge qui lui parlait et l'engageait à se tuer. Elle se préparait à mourir. Le lendemain, elle trouve dans un coin de sa chambre un vieux torchon, et immédiatement elle s'imagine que c'est avec ce torchon, saupoudré de poudre « *jaune ou rouge* », que son ami l'avait hypnotisée.

En novembre, son délire était encore très actif et les hallucinations nombreuses et variées. Elle manifestait des idées hypocondriaques. Elle croyait avoir un serpent gris et « une serpente » noire dans son corps; ils y ont été mis par son amant pendant qu'il l'hypnotisait. Elle voyait aussi d'autres petits serpents, ainsi que des démons, des chacals. Elle entendait chuchoter des spirites, qui la traitaient de « P...! Vache! » Elle avait aussi des hallucinations psycho-motrices. Un serpent montait à sa gorge et y répétait la pensée de la malade; quelquefois il la faisait parler malgré elle. Elle déclarait aussi sentir l'odeur des cadavres.

Contre ces idées délirantes variées, elle avait un délire mélancolique nettement accusé. Elle était dans un état de dépression, parlant peu, refusant parfois les aliments dans l'espoir d'expier ses fautes. Elle

faisait aussi des génuflexions et récitait très souvent un « *Pater noster* » pour satisfaire ses sentiments d'auto-accusation.

Symptômes physiques. — Voûte palatine très ogivale; sensibilité cutanée égale des deux côtés. Pas de troubles oculaires. Pupilles égales, moyennement dilatées; reflexes lumineux et accommodateur conservés.

Pour en finir avec la syphilis, rappelons que des états mélancoliques peuvent survenir dans le cours de la syphilis tertiaire à l'occasion de lésions de l'encéphale. Mais ces troubles psychopathiques font partie en réalité des maladies encéphaliques.

La *blennorrhagie* est une maladie que l'on tend actuellement à considérer comme une maladie générale. Ce qui est vrai, c'est qu'elle provoque parfois des accidents nerveux[1], notamment lorsqu'elle s'accompagne de rhumatisme[2]. Sans parler des cas où il paraît exister une méningite[3] ou du ramollissement cérébral[4], il y en a d'autres où les causes morales, invoquées dans la pathogénie des troubles psychopathiques des syphilitiques, sont valables pour la blennorrhagie. On sait d'ailleurs que toutes les affections qui frappent les organes génitaux provoquent facilement des états de dépression mélancolique, parce que les fonctions intellectuelles et

1. Paul Raymond, Les complications nerveuses de la blennorrhagie, *Gaz. des hopit.*, 1891, p. 957.

2. Bonnet, *Complications du rhumatisme blennorrhagique*, th. Paris, 1877.

3. Cullerre, *Ann. méd.-psych.*, 1894, sept.-oct.

4. Pitres, *Revue neurologique*, 1894.

surtout de l'imagination sont étroitement liées à l'exercice des fonctions sexuelles et que celles-ci ne peuvent être impunément troublées.

Le *rhumatisme articulaire aigu*, qui est très probablement une maladie infectieuse, donne lieu, comme les autres infections, à des troubles psychopathiques[1] qui peuvent se diviser en deux groupes : les uns en rapport avec l'élément fluxionnaire fébrile, les autres avec le terrain arthritique. Ces dernières, nous les retrouverons plus tard, avec les maladies générales de la nutrition. Les premières peuvent présenter des aspects cliniques variés. Après les troubles aigus on observe souvent des états de dépression avec conceptions délirantes mélancoliques, comme après toutes les maladies graves qui ont fortement compromis la nutrition.

Les documents nous manquent pour étudier les états mélancoliques provoqués par les autres maladies infectieuses, la diphtérie, la rage, le charbon, etc. D'ailleurs toutes les infections peuvent provoquer des états psychopatiques analogues. Les septicémies causées par l'évolution de phlegmons, celles qui suivent les opérations, ont la même influence. Après l'accouchement[2], on observe souvent des états psychopathiques qui surviennent en même temps que des symptômes (fièvre, langue

1. Mabille et Lallemant, *La folie diathésique*, 1891.
2. Ed. Toulouse, Délire infectieux de la période post-puerpérale, *Tribune médicale*, 1893, p. 686.

sale, frissons, arrêt ou fétidité des lochies) qui indiquent une infection plus ou moins intense et surtout plus ou moins objectivable. Or ces états psychopathiques sont souvent des confusions mentales avec arrêt psychique comparables par leur aspect à ce qu'on observe après des maladies infectieuses, après la fièvre typhoïde par exemple. On pourrait encore joindre à ce chapitre d'autres maladies, telles que les angines, la pneumonie, la pleurésie et bien d'autres encore, qui sont des états infectieux ; d'autant qu'ils se manifestent par des désordres psychiques qui rappellent ce que l'on voit dans d'autres infections.

b. *Maladies générales.* — Nous entendons par là surtout les maladies diathésiques, la scrofule et l'arthritisme (Bouchard), en y joignant l'herpétisme (Lancereaux), c'est-à-dire en somme des états qui se caractérisent par des troubles de la nutrition retardante.

La *gravelle* biliaire ou rénale est souvent constatée chez les aliénés. Les calculs biliaires notamment seraient fréquents chez les femmes mélancoliques [1]. Mais est-ce là la cause de la mélancolie ou simplement un des symptômes du trouble général qui, psychiquement, se traduit par la lypémanie ? Cette dernière hypothèse paraît la plus vraisemblable.

Les *goutteux* sont sujets, ainsi que les rhuma-

1. Snell, *Arch. de neurol.*, 1894, t. XXVII, p. 458.

tisants, à deux sortes de troubles mentaux. Les uns sont liés aux accès aigus et sont probablement sous la dépendance de l'empoisonnement du sang par l'acide urique; parfois il y a alternance entre les troubles psychiques et les lésions articulaires[1]. Mais c'est surtout après les accès, dans la convalescence de ces périodes aiguës anémiantes, que se montrent les états dépressifs avec délires mélancoliques. Un de leurs caractères c'est qu'ils peuvent disparaître momentanément à l'occasion du retour d'un accès, qui, par la stimulation imprimée à tout l'organisme et notamment au cerveau, fait disparaître ou masque la dépression psychique.

Les *diabétiques* tombent souvent dans des états de torpeur intellectuelle, qui tantôt rappelle la paralysie générale, laquelle d'ailleurs a été signalée au cours du diabète (Marchal de Calvi), et tantôt évoque l'idée d'une mélancolie. Il y a arrêt psychique, effacement des images mentales et aboulie. Ces troubles psychiques paraissent en rapport avec la dénutrition profonde qui survient à la longue chez les diabétiques. Dans d'autres cas, il y a un état plus franchement mélancolique. Les idées de suicide seraient même fréquentes d'après Legrand du Saulle[2].

1. Guislain, *Leçons orales...*, t. I, p. 430. — Mabille et Lallemant, ouvr. cité, p. 108 et 109.
2. Legrand du Saulle, *Gaz. des hôpit.*, 1877, p. 1177.

L'obésité a été peu étudiée comme facteur d'états mélancoliques. MM. Mabille et Lallemant[1] ont publié l'observation d'un malade qui, affecté d'une variété de folie circulaire, maigrissait dans la période d'agitation et engraissait beaucoup au contraire dans la période mélancolique, laquelle se traduisait encore par de l'hyperazoturie.

La *scrofule* se rapproche beaucoup, d'après Bouchard, de l'arthritisme. Ce qui frappe le plus souvent chez les scrofuleux, c'est la paresse cérébrale. Il est assez fréquent d'observer chez eux des états de dépression mélancolique; mais dans quelle proportion? il est difficile de le dire.

Dermatoses. — Les maladies de la peau indiquent des troubles de la nutrition; à ce point de vue elles sont bien des maladies générales. Il y a longtemps qu'Esquirol[2] attribuait au « vice psorique » un rôle important dans l'étiologie de la folie et que Guislain[3] avait observé les faits d'alternance de la folie avec « des affections dartreuses ». Ce sont là aujourd'hui des faits bien connus, et il n'est pas rare d'observer des états mélancoliques qui se développent en même temps que les dermatoses ou leur succèdent et parfois même paraissent les remplacer.

Le *cancer*, qu'on cherche à transformer en une maladie contagieuse, évoluerait surtout sur des ter-

1. Mabille et Lallemant, ouvr. cité, p. 137.
2. Esquirol, ouvr. cité, t. I, p. 367.
3. Guislain, ouvr. cité, p. 429.

rains arthritiques (Bazin, Verneuil[1]). C'est dans tous les cas une maladie générale et cachectisante. Aussi les états dépressifs ne sont pas rares au cours du cancer. Morel[2] a décrit ces formes morbides, et il voyait surtout l'influence de la tristesse que provoque l'idée d'une tumeur maligne. L'hypoazoturie[3] indique le ralentissement de la nutrition, qui marche parallèlement avec la dépression psychique des cancéreux. Les carcinomes de l'estomac éveillent fréquemment des états mélancoliques, que M. Charpentier[4] rapporte aux chagrins de famille que l'on trouve si souvent à l'origine des tumeurs stomacales. Mais d'autre part les chagrins, occasionnés par le cancer lui-même, l'inanition surtout et partant la cachexie où les tumeurs stomacales malignes plongent le malade, expliquent encore mieux la dépression mentale des sujets.

Toutes les maladies générales, par le trouble qu'elles portent à l'exercice des diverses fonctions de l'organisme, par la dénutrition dont elles frappent à la longue tous les tissus, déterminent facilement des états de dépression. Il en est ainsi de la chlorose, de l'anémie, de l'acromégalie[5]. Enfin il

1. Isch-Wall, *Arthritisme et cancer*, th. Paris, 1891.
2. Morel, *Traité...*, 1860, p. 186, note 1.
3. Mabille et Lallemant, ouvr. cité, p. 134.
4. Charpentier, *Troubles cérébraux et cancer de l'estomac, Congrès annuel de médecine mentale* (1891), *C. R.*, 1892, p. 344 et suiv.
5. Joffroy, Leçon professée à l'asile Sainte-Anne, 1895.

faut citer la pellagre qui est une maladie de misère (Th. Roussel [1], Bouchard, Baillarger). Les états mélancoliques ont été souvent décrits au cours de l'évolution de cette dernière maladie; ici l'intoxication de nature alimentaire joue un rôle important.

i. *Maladies viscérales.* — Pendant longtemps on a cru que les maladies des organes ne pouvaient agir sur le cerveau que par réflexe, par sympathie [2]. On admet aujourd'hui que beaucoup de ces maladies (pneumonie, angines) sont des infections générales et agissent par des toxines microbiennes.

La *pneumonie* donne, dans la période fébrile, un délire hallucinatoire aigu, semblable au délire alcoolique, qu'il est parfois d'ailleurs. Après le stade fébrile, au cours de la convalescence, au moment de la dépression physique, des états mélancoliques peuvent apparaître.

Aux maladies du tube digestif étaient jadis rapportées bien des maladies mentales et notamment la mélancolie. Esquirol était persuadé que le déplacement du côlon transverse était une des causes de la lypémanie. Les maladies du tube digestif nous paraissent retentir sur les troubles psychiques sur-

1. Th. Roussel, *Traité de la pellagre et des pseudo-pellagres*, 1866.

2. Loiseau, *De la folie sympathique,* th. Paris, 1856. — Régis, Art. Folie sympathique, in *Dict. Encycl. des Sc. méd.*, 3ᵉ s., XIII.

tout par l'auto-intoxication qu'elles produisent[1]. Parmi les désordres mentaux observés, un certain nombre sont des états mélancoliques.

La constipation[2] produit souvent, par l'auto-intoxication, un état d'anxiété, de tristesse, d'hypocondrie, qui a été fréquemment décrit.

Les maladies du *foie*, comme celles de l'estomac, expliquaient, d'après les anciens, la mélancolie et d'autres maladies mentales. Dans ces derniers temps, l'étude de certains observateurs s'est dirigée de ce côté[3]; et Hammond[4] a décrit des mélancolies provoquées par des abcès du foie, lesquelles disparurent après la guérison des abcès.

La relation des maladies du *cœur* avec les troubles mentaux a été étudiée depuis longtemps[5].

1. Duchon-Doris, *De quelques troubles cérébraux liés à la dilatation de l'estomac*, th. Paris, 1887. — Bettencourt-Rodrigues, *Congrès international de méd. ment.*, *C. R.*, 1890, p. 409. — Ballet et Roubinovitch, *Contribution à l'étude des auto-intoxications dans les maladies mentales*, Congrès des alién. et neurolog. (Session de La Rochelle). 1893. — Dericq, Auto-intoxication gastro-intestinale et folie, Congrès des méd. alién. et neurolog. (Session de La Rochelle, 1893). — Séglas, Des auto-intoxications dans les maladies mentales, *Arch. génér. de méd.*, 1893, p. 11.

2. Feyat, *Constipation et phénomènes toxiques*, th. Lyon, 1889.

3. Charrin, Maladies du foie et folie, Soc. de biol., 30 juillet 1892. — Klippel, De l'insuffisance hépatique dans les maladies mentales, *Arch. génér. de méd.*, avril 1892. — Joffroy, Soc. méd. des hôpit., 1896.

4. Hammond, *Ann. méd.-psych.*, 1881, t. VI, p. 143.

5. Saucerotte, De l'influence des maladies du cœur sur les facultés intellectuelles et morales de l'homme, *Ann. méd.-psych.*, t. IV, p. 172. — Morel, *Traité des maladies mentales*,

D'après M. d'Astros, les mitraux seraient plus moroses et souvent plongés dans un état de dépression mélancolique. L'apathie mitrale — opposée à l'irritabilité aortique — pourrait s'expliquer par la congestion chronique de l'encéphale des mitraux. Quoi qu'il en soit de cette distinction, les cardiaques présentent souvent des états de dépression mélancolique, qui quelquefois s'aggravent parallèlement aux symptômes physiques, ainsi que l'a observé M. Huchard. Des impulsions au suicide, précédées de violentes palpitations, ont aussi été observées par Ball[1] et des phobies par l'un de nous[2]. Les cardiaques arrivent généralement à une période cachectique, la plupart sont des auto-intoxiqués et présentent de l'albumine dans les urines[3]. Beaucoup enfin sont des déséquilibrés[4].

Les maladies des organes *génito-urinaires* émotionnent beaucoup les sujets qui en sont atteints, et des états mélancoliques en sont souvent la conséquence. D'autre part les glandes génitales (testicule

1860, p. 158 et suiv. — D'Astros, *Étude sur l'état mental et les troubles psychiques des cardiaques*, th. Paris, 1881. — Julius Mickle, *On insanity in its relation to cardiac and aortic disease*, London, 1888. — Huchard, Le cerveau cardiaque, *Bulletin médical*, 8 mars 1891.

1. Fauconneau, *De la folie d'origine cardiaque*, th. Paris, 1890, p. 73 et 74.

2. Roubinovitch, Phobies dans l'insuffisance mitrale. *Annales médico-psychologiques*, 1895.

3 Potain, Clinique médicale de la Charité.

4. Roulland, Des folies dites cardiaques, *Boston médical*, 1890, p. 145. — Roubinovitch, *Soc. méd.-psych.*, 27 mai 1895.

et ovaire) n'ont pas seulement pour fonction de sécréter du sperme et des ovules; on admet depuis les recherches de Brown-Séquard qu'elles produisent aussi des liquides utiles à la nutrition générale. Tout trouble apporté au fonctionnement de ces glandes peut agir par cet intermédiaire sur le cerveau. Nous avons étudié ailleurs l'influence de la fonction menstruelle.

Les pertes séminales chez l'homme ont souvent été accusées de provoquer des états dépressifs avec préoccupations hypocondriaques. De même les leucorrhées chez la femme et toutes les lésions de l'appareil génital[1]. Les malformations des organes sexuels ont une action analogue[2]. On a rapporté[3] le cas d'une femme chez laquelle la barbe avait provoqué un désespoir profond allant jusqu'à des impulsions au suicide; la destruction des poils par la galvanopuncture aurait fait disparaître ces accidents psychopathiques.

L'intoxication urémique peut se produire dans tous les cas où il y a insuffisance dans la sécrétion (maladies du rein) ou dans l'excrétion (maladies de l'uretère, de la vessie, de l'urètre) de

1. Azam, *De la folie sympathique provoquée ou entretenue par les lésions organiques de l'utérus et de ses annexes*, Bordeaux, 1858. — Chatenet, *De la mélancolie dans ses rapports avec les maladies utérines*, th. Paris, 1893.

2. Raffegeau, th. Paris, 1884.

3. Savage, *The Journal of ment. sci.*, 1886, t. XXXII, p. 220.

l'urine [1]. Cet empoisonnement se traduit par des symptômes mentaux, dont les uns, plus nettement symptomatiques, sont liés aux accidents aigus et se présentent sous l'aspect du délire diffus hallucinatoire. Les autres, qui peuvent alterner avec l'albuminurie ou s'aggraver parallèlement aux symptômes physiques, sont quelquefois systématisés. Parmi eux, des états mélancoliques ont été décrits [2]. Dans ce cas le régime lacté peut amender l'état mental par l'intermédiaire de l'état physique.

j. *Maladies nerveuses.* — Que leurs lésions soient connues (maladies organiques) ou encore inconnues (névroses), les maladies nerveuses s'accompagnent souvent de troubles mentaux. Parfois ces derniers en sont des symptômes presque nécessaires, comme la démence dans les lésions destructives de l'écorce. D'autres fois le rapport pathogénique est moins étroit; et c'est alors qu'on parle d'associations morbides, de retentissement psychique.

Dans la méningite, la dernière période se caractérise parfois par de la torpeur et un délire mélancolique. Récemment (1896) une discussion a eu lieu à la Société médicale des hôpitaux sur le *méningisme*, syndrome simulant la méningite et pouvant être

1. Ed. Toulouse, Les troubles mentaux de l'urémie, *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 649.
2. Bouvand, *Essai sur l'urémie délirante*, th. Lyon, 1883, p. 63. — Dieulafoy, De la folie brightique, Soc. méd. des hôpitaux (10 juillet 1885).

provoqué par des maladies plus ou moins ignorées. L'hystérie (Gilles de la Tourette) semblerait devoir revendiquer une part de ces pseudo-méningites; et certains états mélancoliques avec confusion profonde ont pu quelquefois au début en imposer pour une méningite (Séglas). Les troubles de la circulation encéphalique peuvent retentir sur l'état mental (Luys). Dans la folie congestive (Legrand du Saulle [1]) comme dans les troubles psychopathiques par anémie, des états mélancoliques se présentent parfois.

Les lésions du tissu nerveux encéphalique sont circonscrites ou diffuses (paralysie générale). Dans le premier cas, le symptôme le plus fréquent est un état démentiel. C'est ainsi que se manifestent les ramollissements, hémorragies et tumeurs cérébrales [2]. Mais, au début, il n'est pas rare d'observer des délires mélancoliques évoluant sur un fond démentiel.

Parmi les lésions diffuses de l'encéphale, il faut d'abord relever celles dues à un processus athéromateux et qui constituent ce qu'on appelle la *démence sénile*. Chez les séniles, qui peuvent être des vieillards plus ou moins âgés — car la sénilité ne marche pas toujours avec l'âge, — il n'est pas rare

1. Legrand du Saulle, Les conceptions cérébrales et la folie congestive, *Ann. méd.-psych.*, 1885, t. I, p. 122.

2. Foville, Art. Démence, *Dict. Encycl. des sciences mentales*. — Lwoff, *Étude sur les troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau*, th. Paris, 1890.

d'observer des états mélancoliques[1] qui présentent les caractères suivants : les conceptions délirantes sont monotones, sans systématisation forte, les hallucinations sont rares et peu extériorisées, l'apathie domine. Tandis que chez les vieillards non séniles, et dont le cerveau est encore valide, on peut rencontrer de véritables psychoses[2], bruyantes et pittoresques comme chez l'adulte et alors souvent en rapport avec les tares héréditaires du sujet[3].

La *paralysie générale* est aussi une maladie encéphalique diffuse. Les troubles délirants qu'elle provoque sont si fréquents qu'au début de son histoire on l'avait appelée la folie paralytique[4], maladie se composant nécessairement de symptômes paralytiques et de symptômes délirants (manie ambitieuse). Or on ne fut pas longtemps à constater[5] que bien des paralytiques généraux ne présentaient jamais de délire. Aussi Baillarger[6] proposa le terme de *démence paralytique*, pour indiquer que ce qui est essentiel et nécessaire, c'est la démence accompagnant les phénomènes physiques. C'est ainsi d'ail-

1. Ed. Toulouse, *Étude clinique sur la mélancolie sénile chez la femme*, th. Paris, 1891.

2. Thivet, *Folie chez les vieillards*, th. Paris, 1889.

3. Pécharman, *Essai sur les psychoses de la vieillesse*, th. Paris, 1893.

4. Parchappe, *Recherches sur l'encéphale, sa structure, ses fonctions et ses maladies*, 1836.

5. Requin, *Éléments de pathologie médicale*, 1846, t. II, p. 90.

6. Baillarger, *Recherches*, etc., ouvr. cité, t. II, p. 458.

leurs que les auteurs modernes et notamment M. Magnan [1] comprennent la paralysie générale, affection caractérisée par de la démence et des troubles somatiques, auxquels se joignent de diverses manières des délires variés. Parmi ces états délirants surajoutés, et qui paraissent dépendre d'une certaine aptitude vésanique du sujet, on rencontre assez souvent des états mélancoliques. Ces derniers seraient peut-être aussi fréquents que la forme ambitieuse qui passe cependant pour être la plus habituelle. Le sujet simule alors un lypémaniaque par son attitude, ses idées de ruine et de culpabilité, son abattement. Il refuse les aliments, il parle peu ; et le diagnostic reste en suspens jusqu'au jour où les troubles de la parole ou les signes pupillaires (inégalité et paralysies) viennent affirmer le diagnostic. Souvent ces malades sont diagnostiqués des mélancoliques simples; mais lorsqu'on peut les suivre, on est un jour étonné de les voir peu à peu verser dans la démence et de constater chez eux des signes physiques qui ne laissent aucun doute sur la véritable maladie en voie d'évolution. Quelquefois ces délires mélancoliques s'accompagnent d'idées de suicide ; et l'on a même — quoique rarement — observé des suicides de paralytiques généraux. D'autres idées délirantes, par exemple de négation, se montrent aussi. Les idées hypocon-

1. Magnan et Sérieux, *La paralysie générale*, 1894. Encyclopédie des aide-mémoire, p. 9 et suiv.

driaques avec croyance à la destruction, à la transformation des organes, qui n'existent plus ou sont bouchés, sont fréquentes aussi. Baillarger avait même cru qu'elles ne se rencontraient que dans la paralysie générale. Or il est d'observation courante qu'elles s'observent ailleurs et notamment chez ces vieux mélancoliques négateurs qu'a décrits Cotard. Enfin le début de la paralysie générale est caractérisé parfois par un état neurasthénique (Ballet) qui se rapproche beaucoup de la mélancolie sans délire, au point de faire hésiter longtemps le diagnostic.

Obs. XXI. — *Paralysie générale débutant par un délire mélancolique.*

C... Charles, trente-six ans, employé, entré le 9 septembre 1893 à l'asile Ste-Anne (Service de M. Joffroy).

Père mort à soixante-cinq ans d'une attaque d'apoplexie cérébrale. Tante paternelle hémiplégique à quarante ans, morte à cinquante ans. La mère est âgée de soixante-dix-huit ans, bien portante. Un frère, âgé de cinquante-trois ans, atteint d'hémiplégie droite avec aphasie, buveur. Un autre frère est mort à quarante ans phtisique. Trois sœurs, toutes très nerveuses, impressionnables, émotives, coléreuses.

Il est venu au monde à terme après cinq fausses couches de sa mère; il lui fut fait une ponction à trois ans pour œdème généralisé, à la suite d'une affection rénale (?). Il a marché à dix-huit mois et parlé à deux ans. C'était un enfant intelligent, mais d'un caractère plutôt sombre, préférant la solitude. A vingt-six ans il contracte la syphilis.

Les symptômes psychiques de sa folie débutent en juillet 1893. Il habitait à cette époque rue Monge; le quartier latin était alors le théâtre des troubles des étu-

diants. Le malade a assisté de sa fenêtre aux bris de kiosques, de réverbères, aux luttes entre sergents de ville et étudiants. Le lendemain C... a paru étrange à son patron à qui il a déclaré : « Je sens que je suis malade ». Il continua néanmoins encore à travailler pendant trois jours, lorsque le 8 juillet on l'a ramené à sa sœur dans un état de semi-stupeur.

A son arrivée à l'asile, il paraissait en proie à une profonde dépression, déprimé, anéanti. Interrogé sur la cause de sa tristesse, il a répondu : « Ma situation est perdue, je suis malade ». Il n'avait pas d'hallucinations. Les idées de ruine dominaient en lui : il parlait continuellement de l'impossibilité de payer ses fournisseurs, il était complètement ruiné. L'esprit paraît paresseux, et ses réponses étaient difficiles. Il opposa une force de résistance à ce qu'on voulait lui faire faire.

En avril 1895, on nota pour la première fois un certain degré d'embarras de la parole; en prononçant le mot « observation », il répète plusieurs fois la même syllabe « ob-ob-se-er-vation ». En novembre 1895, l'embarras de la parole est plus manifeste, et cette difficulté de l'articulation ne fit plus tard que s'accentuer. La langue est animée d'un tremblement fibrillaire très accentué.

En novembre 1895, nous notons un affaiblissement de sa mémoire; le malade ne se rappelle plus le quantième du mois. A ce moment, l'idée d'une démence paralytique devient une hypothèse vraisemblable. Peu à peu la déchéance intellectuelle progressive montra qu'on avait affaire à de la paralysie générale.

Une certaine rémission se produisit dans son état en janvier 1896. Il cause plus volontiers, écrit des lettres, mange assez bien sans qu'on soit obligé de le presser, lit son journal le matin et dans l'après-midi se promène. L'amélioration persiste jusqu'à la fin du mois de mai 1896; puis il retombe dans la dépression, il ne veut plus sortir, il ne veut plus manger, il ne veut plus se coucher; et, une fois couché, il refuse de se lever.

En janvier 1896, les symptômes physiques étaient les

suivants : attitude immobile; les yeux vagues regardent en bas, les mains sont jointes sur ses cuisses; le visage impassible exprime plutôt la tristesse. Ses membres ont une certaine tendance à garder la position qu'on leur donne, mais sans qu'ils soient le siège d'une rigidité particulière. Lève-t-on son bras, il reste en l'air comme si le malade ne pensait plus à l'abaisser.

La pupille droite est plus large, et toutes les deux sont paresseuses à la lumière; il y a une légère exophtalmie; les muscles extrinsèques sont normaux; l'acuité visuelle (6/10) se trouve diminuée par un astigmatisme myopique; la vision des couleurs et le champ visuel sont normaux. La motricité au dynamomètre est la suivante : MD. 12. MG. 10. Les pressions sont en moyenne faibles, fait en rapport avec la dépression psychique, car le malade est d'apparence plutôt vigoureuse.

Les réflexes du poignet sont apparents; au contraire le réflexe patellaire ne peut être produit, le malade raidissant la jambe et la cuisse quand nous nous livrons à la recherche du réflexe. La sensibilité est difficile à explorer; le malade a peur et se retire devant nos explorations. Il existe un dermographisme léger.

Dans ces derniers temps, le malade a présenté des alternatives d'excitation et de dépression qui se succédaient tous les jours, mais irrégulièrement.

Les lésions de la moelle sont assez fréquemment associées à la folie, et notamment à la mélancolie, d'après Stewart [1]. Parmi ces maladies médullaires, le *tabes* occupe une grande place; et M. Rey [2] a décrit des états vésaniques, parmi lesquels une mélan-

1. Stewart, Des lésions de la moelle épinière observées chez les aliénés, *Ann. méd.-psych.*, 1888, t. VIII, p. 195.

2. Rey, Considérations cliniques sur quelques cas d'ataxie locomotrice dans l'aliénation mentale, *Ann. méd.-psych.*, 1875, t. XIV, p. 185.

colie anxieuse, coexistant avec une ataxie locomotrice non compliquée de paralysie générale. De son côté M. Rougier [1] a montré comment les troubles physiques du tabes pouvaient éveiller et entretenir des idées délirantes de mélancolie, lesquelles n'étaient qu'une interprétation morbide des phénomènes éprouvés par le sujet. Quelquefois les tabétiques cérébraux paraissent verser dans la paralysie générale et présentent alors, en même temps que des phénomènes de démence, des troubles délirants qui peuvent prendre le masque de la mélancolie.

La pathogénie des troubles mentaux dans toutes les maladies organiques du cerveau et dans celles de la moelle se comprend parfaitement. Dans le premier cas l'organe intellectuel est certainement lésé; et dans le second il est probablement en état de moindre résistance, étant données les altérations nerveuses, et parfois même il est aussi atteint secondairement. En outre tous ces malades sont névropathes, puisqu'ils sont déjà atteints de troubles nerveux graves. Qu'ils délirent à l'occasion des processus morbides qui atteignent leur axe myélencéphalique, il n'y a là rien qui doive nous étonner.

Des réflexions analogues peuvent se rapporter aux troubles vésaniques que l'on constate dans les lésions du système nerveux périphérique et des

1. Rougier, *Essai sur la lypémanie et le délire des persécutions chez les tabétiques*, th. Lyon, 1882.

organes sensoriels. Déjà Brodie [1] avait observé des crampes du sterno-cléido-mastoïdien qui alternaient avec un état mélancolique. Dans ces derniers temps Korsakoff [2] a attiré l'attention sur des troubles mentaux liés à des polynévrites. Quelquefois ces psychopathes ont l'aspect de mélancoliques avec torpeur intellectuelle. D'autres fois, ils présentent les symptômes mentaux de l'alcoolisme aigu, car ils sont souvent des intoxiqués. Dans ce cas, les troubles intellectuels sont dus, en même temps que les altérations nerveuses, à une cause plus générale. M. Joffroy a consacré récemment à cette affection une leçon, où il insiste sur les lésions concomitantes des centres nerveux.

La *Dysthymia neuralgica* [3] est une variété de mélancolie dans laquelle la douleur morale a pour base une souffrance physique réelle, le plus souvent une névralgie. Cette variété a été étudiée en Allemagne par Griesinger [4], Schüle [5], Krafft-Ebing [6], Kalbaum [7], Schaffer [8], et en Russie par Til-

1. Morel, *Traité...*, 1860, p. 127.

2. Korsakoff, Sur une forme de maladie mentale combinée avec la névrite multiple dégénératrice, *Congrès intern. de méd. ment. (Session de Paris*, 1889), *C. R.*, 1890, p. 75 et suiv.

3. Roubinovitch, *Des variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne*, Paris, 1896, p. 41.

4. Griesinger, *Vortrag zur Eröffunng d. Klinik. gesammelt. Abhandl.*, I, s. 116.

5. Schüle, *Dysphrenia neuralgica*, 1867.

6. Krafft-Ebing, *Die transitorischen Sterungen des Selbstbewurtseins*, 1868.

7. Kalbaum, *Sammling Klinischer Vorträge*, 1878.

8. Schäffer, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1879, H. 2 et 3.

ling[1], Mme Tarnovsky[2] et Kovalevsky[3]. Ces différents auteurs ne sont d'ailleurs nullement d'accord sur la valeur nosologique de cette forme morbide. Les uns, comme Tilling, voudraient la considérer comme une entité pathologique, alors que Krafft-Ebing ne voit en elle qu'une sorte de variété de la mélancolie hypocondriaque; cette opinion nous semble la plus acceptable.

Le mode d'origine n'est pas toujours le même. Si dans certains cas la névralgie est le phénomène initial et semble donner naissance à la douleur morale, dans d'autres cas — les plus nombreux — la névralgie est un accident concomitant qui ne fait qu'exagérer un état psychique morbide déjà parfaitement constitué. Dans la plupart des observations publiées sur la dysthymia, ou, comme dit encore Schüle, la *dysphrenia neuralgica*, il s'agit de sujets entachés d'une lourde hérédité psychopathique et présentant souvent eux-mêmes les symptômes non douteux d'une névrose constitutionnelle, comme l'hystérie par exemple.

La symptomatologie psychique est des plus simples. A propos d'une névralgie quelconque le malade, déjà fortement hypocondriaque par nature, devient triste, perd le sommeil, pleure jour et nuit, ne cesse de se plaindre de sa douleur que rien ne calme.

1. Tilling, *Jahrbüch. der Psych.*, 1889, H. 3.
2. Mme Tarnovsky, *Dysthymia neuralgica.*
3. Kovalevsky, *Psychiatria*, 1880, p. 43.

Bientôt arrivent les interprétations délirantes. Alors une névralgie intercostale est, par exemple, expliquée par la présence d'un serpent au cœur, à l'estomac, au ventre. Souvent s'ajoutent des hallucinations de la sensibilité générale, du tact, de l'ouïe. Avec tous ces éléments le malade ne tarde guère à présenter un véritable délire hypocondriaque avec des exacerbations sous forme de raptus mélancolique. Ce sont ces paroxysmes suivis de rémissions qui donnent à la marche de cette variété son allure un peu particulière. La durée, la terminaison, le pronostic sont ceux des variétés précédemment décrites. Dans le traitement il y a lieu de tenir compte d'un élément étiologique très fréquent chez les malades atteints de cette variété de mélancolie, l'hystérie.

Mais les maladies nerveuses, qui paraissent encore le plus étroitement liées aux maladies mentales, sont les névroses. L'*hystérie* s'accompagne souvent de troubles délirants. Après les attaques — ainsi que l'ont bien montré les travaux de Charcot et de ses élèves, — il est assez commun d'observer des phases délirantes, parmi lesquelles des états mélancoliques. Leur caractère est ordinairement de durer peu et de suivre les phénomènes convulsifs, ce qui permet de les reconnaître aisément. Parfois on a affaire à des malades qui présentent des signes de catalepsie. Dans ce cas, les sujets ressemblent à des catatoniques. Pour établir le diagnostic, les commémoratifs et la présence de stigmates hystériques

sont des renseignements d'une haute importance.

Mais d'autres délires mélancoliques peuvent survenir chez les hystériques, en dehors de toute attaque. Comment faut-il les rattacher à l'hystérie? Et d'abord sont-ils spéciaux à cette névrose? On a essayé maintes fois de caractériser ces délires hystériques. Morel [1], Moreau (de Tours) [2], J. Falret [3], Legrand du Saulle [4] ont tenté de leur trouver des caractères spéciaux; or il se trouve que ceux-là sont ceux que l'on admet comme pathognomoniques de la folie héréditaire, de la déséquilibration ou dégénérescence mentale (Morel, Legrand du Saulle, Magnan). Il s'ensuit donc que ces délires hystériques seraient surtout des délires de dégénérés [5], d'autant que les sujets seraient toujours, d'après M. Joffroy [6], des dégénérés à un degré quelconque. Donc les délires mélancoliques des hystériques n'auraient rien de spécial à la névrose. Il n'en est pas moins vrai que, l'hystérie imprimant un cachet à la plupart des phénomènes morbides qu'elle provoque,

1. Morel, *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 672 et suiv.
2. Moreau (de Tours), *Traité pratique de la folie névropathique*, 1869.
3. J. Falret, *Études cliniques*, ouvr. cité, p. 499.
4. Legrand du Saulle, *Les hystériques*, ouvr. cité, p. 292.
5. Ballet, Des rapports de l'hystérie et de la folie, *Rapport au Congrès des aliénistes et neurologistes* (Clermont-Ferrand, 1894). — Roubinovitch, *Hystérie mâle et dégénérescence*, th. Paris, 1890. — Colin, *Essai sur l'état mental des hystériques*, th. Paris, 1890.
6. Joffroy, Congrès des médecins aliénistes et neurologistes (Session de Clermont-Ferrand, 1894).

on peut admettre qu'elle doit produire des délires un peu spéciaux. Ce qu'il faut dire cependant, c'est que ces différences n'ont pu être encore suffisamment établies.

Maintenant il faut ajouter que, parce qu'on constate l'hystérie chez un sujet, il ne s'ensuit pas que tous les troubles qui surviennent doivent être sous la dépendance de la névrose. Il n'est pas interdit à un hystérique de s'intoxiquer, par exemple, et il est clair que le délire produit par l'alcool sera un délire toxique avec ses caractères habituels.

On peut en dire autant de l'*épilepsie*. Tout ce qui survient chez un comitial n'est pas forcément de nature épileptique. M. Magnan [1] a bien montré ces associations morbides, et, par des analyses savantes, indiqué que l'on pouvait séparer selon leur cause les symptômes observés et apparemment confus. De même que pour l'hystérie, ce qui est, chez les épileptiques, nettement rattachable à la névrose, ce sont les troubles mentaux liés aux attaques. Parfois on observe des états de dépression avec torpeur intellectuelle qui durent peu et sont suivis d'une amnésie plus ou moins étendue et totale. Mais il peut exister en dehors des accès convulsifs des états vésaniques analogues et présentant une amnésie plus ou moins complète. Il s'agit alors d' « épilepsie larvée », ainsi que l'a décrite Morel.

1. Magnan, De la coexistence de plusieurs délires chez le même aliéné, *Arch. de neurol.*, 1880, t. I, p. 49.

Les *basedowiens* sont souvent des mélancoliques. Pour l'interprétation des phénomènes, il faut se demander si l'état vésanique n'est pas indépendant du goitre, comme dans le cas de M. Joffroy [1] où les accès de mélancolie étaient survenus avant le syndrome thyroïdien. Mais dans d'autres faits il semble bien que le goitre a provoqué l'état mélancolique par les troubles de la nutrition qu'il engendre et l'auto-intoxication thyroïdienne qui existe ordinairement. Or, même dans ces cas, on s'est demandé si le délire ne serait pas ressortissable à la dégénérescence mentale coexistant avec le goitre [2].

La *chorée* est une autre névrose, fréquemment associée à des troubles vésaniques, et notamment à des états mélancoliques. On pourrait en dire de même pour la paralysie agitante [3].

Enfin la *neurasthénie* a été récemment aussi incriminée comme facteur d'états dépressifs. Mais il faut noter que c'est là un syndrome dont l'autonomie est mal établie. La plupart des mélancolies sans délire peuvent être étiquetées telles ou neurasthénie selon l'éducation du médecin. Aussi n'essayerons-nous pas d'établir un diagnostic différentiel entre

1. Joffroy, Des rapports de la folie et du goitre exophtalmique, *Ann. méd.-psych.*, 1890, t. XIVIII, p. 467. — Séglas, Maladie de Basedow et mélancolie, *Ann. méd.-psych.*, 1890, juillet.

2. Raymond et Sérieux, *Congrès annuel de méd. ment. de Blois (1892)*, *C. R.*, 1893, p. 198.

3. Ball, De l'insanité dans la paralysie agitante, *Encéphale*, 25 mars 1892.

deux ensembles morbides, qui ne sont en somme que les deux aspects d'une même affection. Les symptômes physiques de la neurasthénie sont les mêmes que ceux de la mélancolie sans délire. M. de Fleury [1] montre bien cette parenté, et les signes qu'il donne de ce qu'il appelle l'« épuisement nerveux » servent à caractériser les deux affections (hypotension artérielle, hypopnée, hypoglobulie, hyposécrétion glandulaire, atonie musculaire généralisée, insomnie) [2]. D'après cet auteur, qui adopte la théorie de M. Chéron, l'épuisement nerveux serait caractérisé par deux troubles généraux, ptose et hypotension, elles-mêmes consécutives à une altération primitive des centres nerveux. Il n'est pas niable que, dans tous les cas, les auto-intoxications (Bouchard) joueraient souvent un rôle provocateur.

Le cas suivant montre le mélange des symptômes mélancoliques et neurasthéniques.

OBS. XXII. — *Mélancolie à stigmates neurasthéniques.* Mme S..., Marie, cinquante-trois ans, entrée le 12 décembre 1893 à l'asile Ste-Anne (Service de M. Joffroy).

Le père, médecin, est mort à quarante-deux ans d'une attaque d'apoplexie. La mère est morte à quatre-vingt-quatre ans des suites d'une affection pulmonaire aiguë. Un frère est mort de méningite à trois ans. Une sœur est morte trois jours après sa naissance (croup?). Une autre sœur est morte en bas âge également. Une autre

1. M. de Fleury, *Pathogénie de l'épuisement nerveux*, ouv. cité.

2. M. de Fleury, *L'insomnie et son traitement*, 1894.

sœur est morte à dix-sept ans de fièvre typhoïde. Une sœur existe et est actuellement âgée de soixante ans, bien portante.

Convulsions dans l'enfance. Réglée à onze ans; pas d'incidents jusqu'à la ménopause. Fièvre muqueuse à vingt ans, scarlatine à vingt-quatre ans. Maîtresse de piano, elle a eu une existence souvent difficile et s'est surmenée. A trente ans, premier accès de neurasthénie causé par le surmenage, des chagrins domestiques et préoccupations morales. Guérison au bout d'un an. A la ménopause, à quarante-huit ans, deuxième accès de neurasthénie causé par l'épuisement résultant de métrorragies répétées à l'époque du surmenage. A quarante-neuf ans début des accidents actuels, pour lesquels elle a consulté de nombreux médecins.

Depuis cette époque la malade est devenue très émotive et n'a pu que très difficilement exercer sa profession; en novembre 1895, elle a même cessé tout travail, qui est pour elle une cause de souffrance (le piano lui causait une céphalie intolérable). Au début de décembre 1895 elle entre à l'Hôtel-Dieu pour neurasthénie; elle manifeste alors des préoccupations hypocondriaques, refuse la nourriture durant deux jours (non en raison d'idées délirantes, mais par suite de troubles dyspeptiques) et est envoyée à l'asile Sainte-Anne.

Depuis son entrée à l'asile, son état ne s'est guère modifié; elle s'est alitée peu après son arrivée, a été traitée par les douches et le bromure, mais d'une manière discontinue et sans grand résultat.

Il existe des signes de neurasthénie cérébro-spinale à la période d'état. La céphalée est intense, continue (sensation de casque, surtout prononcée à gauche, à l'occiput et à la nuque). Il lui semble que sa peau est « comme écorchée à vif et arrosée de vinaigre ». Dans le cerveau elle sent une trépidation « comme celle d'un chemin de fer ». La lecture, l'écriture, les bruits augmentent la céphalie que n'influencent pas les repas; dans les paroxysmes, la vue est brouillée et il survient des bourdonnements d'oreille et des vertiges.

La rachialgie est tenace mais moindre que la céphalée; elle est localisée à la moitié supérieure de la colonne vertébrale, avec prédominance cervicale, et à la région lombo-sacrée; la pression des apophyses épineuses est douloureuse.

L'asthénie neuro-musculaire est bien caractérisée. La malade est alitée, évite tout mouvement et garde l'attitude qui évite toute dépense de force musculaire (flexion). Elle accuse une impuissance motrice complète et n'exécute les mouvements commandés que lentement et en gémissant. Au premier abord elle paraît paralysée, et cependant, quand on la stimule, elle peut marcher convenablement. L'amaigrissement est marqué par absence de gygmnastique musculaire. Gâtisme par incurie (et par intervalles seulement).

Il existe une dyspepsie par atonie gastro-intestinale. Le matin la bouche est pâteuse; la salive est ordinairement rare; inappétence, alimentation médiocre et sans plaisir (on doit la faire manger). Pas d'amélioration après le repas, et une heure après l'ingestion des aliments crampes d'estomac, douleurs dans le dos, étouffements, éructations, borborygmes, constipation fréquente. Comme conséquence, dénutrition extrême (poids actuel : 80 livres environ).

La dépression mentale est accusée. L'aboulie est très prononcée. Il existe une grande diminution du pouvoir de synthèse. La malade compare son cerveau à une lanterne magique; « elle voit défiler devant elle des pensées dont elle ne peut fixer aucune ». L'attention ne peut durer sans que s'accroisse la céphalée. Cette faiblesse mentale s'accompagne d'une conscience très lucide. La malade sent qu'elle est l'objet d'illusions, mais n'en souffre pas moins, dit-elle. Il en résulte un état de malaise inquiet qui va jusqu'à l'anxiété et se traduit par des plaintes sur un ton monotone et une physionomie angoissée. La malade, très découragée, se laisse aller à « des pensées tristes », appelant parfois la mort, et à quelques préoccupations hypocondriaques (son cerveau se prend, elle est perdue, elle va devenir

folle, etc.). Elle est en même temps d'une émotivité extrême. Aucun trouble du côté des sentiments affectifs.

L'insommie est très fréquente, avec anxiété vive au réveil, le sommeil est léger; quelques hallucinations hypnagogiques. Elle a parfois des vertiges; il lui semble, lorsqu'elle est couchée, que son lit s'enfonce.

La sensibilité est altérée. Hyperesthésie généralisée (pression, piqûre, pincement, chaud, froid); sensations douloureuses aux omoplates, larynx, hypocondres, jambes. Les pupilles sont dilatées; il existe une asthénopie neurasthénique et des sensations auditives douloureuses.

Pas de troubles génitaux; besoin fréquent d'uriner; urines sans albumine ni sucre. Palpitations, pouls petit et dépressible (80); le cœur a une impulsion forte, pas de bruits orificiels. Parfois pâleur des extrémités. Respiration normale. Stigmates de dégénérescence (oreilles non ourlées, implantation irrégulière de quelques dents). Réflexes tendineux et réflexe cutané plantaire conservés.

CHAPITRE VI

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de la mélancolie est encore à établir, comme d'ailleurs celle de bien d'autres psychoses. Des autopsies ont été faites; mais les résultats obtenus sont loin d'être suffisants. Nous essayerons cependant de dégager de la totalité des observations anatomo-pathologiques quelques faits généraux à la plupart des cas.

Dans un certain nombre de faits — peut-être les plus nombreux — on observe une anémie artérielle très accentuée; dans certains autres, à cette anémie artérielle s'ajoute une stase veineuse allant même quelquefois jusqu'à la formation d'un véritable œdème. C'est ainsi que dans la mélancolie avec stupeur, Etoc Demazy[1] a trouvé, chez plusieurs malades ayant succombé en état de stupeur, le cerveau œdé-

1. Etoc Demazy, *De la stupidité considérée chez les aliénés*, 1838, p. 41, 42.

mateux et comprimé par le crâne : « Au moment, « dit-il, où on incise la dure-mère, les circonvolu-« tions larges, aplaties, font hernie à travers les « lèvres de l'incision, elles semblent plus volu-« mineuses qu'à l'état normal, et sont séparées « non plus par des sillons, mais par de simples « lignes sinueuses ». Plus loin, cet auteur décrit ainsi les lésions qu'il a constatées dans la substance cérébrale : « La substance des hémisphères est humide, « spongieuse, infiltrée de sérosité limpide qu'une « pression légère fait suinter en gouttes miliaires à « la surface de l'incision; la couche corticale est « d'un *gris pâle*, la substance médullaire d'un « blanc mat ».

En 1859, Marcé [1] a communiqué à la Société anatomique un travail dans lequel il cherche à donner aux faits énoncés par Etoc Demazy plus de précision scientifique. L'hypothèse de l'œdème cérébral comme cause de la mélancolie avec stupeur lui semble probable sans qu'il puisse affirmer sa réalité.

Schüle [2] s'est montré plus affirmatif. Les autopsies lui ont donné le tableau anatomo-pathologique suivant : le cerveau est très anémié; sa densité est plus grande qu'à l'état normal; les coupes donnent une surface particulièrement brillante. Les sinus, les méninges, les veines sont gorgés de sang veineux.

1. Marcé, *Traité des maladies mentales*, 1862, p. 331, 332.
2. Schüle, *Allgem. Zeitschr. Psychiatrie*, B. XXXII, H. 1.

Meynert[1] a cru remarquer que, dans presque tous les cas, il s'agissait d'une anémie cérébrale plus ou moins intense, observée par Douty[2]. A côté de l'anémie, Meynert a remarqué une autre particularité excessivement importante : il a trouvé notamment que le poids du cerveau d'un mélancolique est toujours considérablement inférieur au poids d'un homme normal. La plupart des cerveaux de mélancoliques pesaient à peine 1200 grammes; quelques-uns entre 1200 et 1300 grammes; et enfin, deux ou trois seulement (sur 300), entre 13 et 1400 grammes.

Les recherches de *Wiglesworth*[3] sur l'anatomie pathologique de la mélancolie avec stupeur ont donné les résultats microscopiques suivants : les cellules des différentes couches de la substance corticale ont perdu complètement leur forme pyramidale; le contour de ces cellules est devenu dans certains endroits presque sphérique ; les cellules semblent remplies d'une substance granuleuse ; elles contiennent du pigment jaune; le noyau, au lieu d'être au centre, tend de plus en plus à s'approcher de la périphérie; enfin, ce noyau présente souvent dans sa partie centrale une tache blanchâtre.

Quant à la mélancolie active, les faits anatomopathologiques sont encore moins nombreux, moins

1. Meynert, *Vierteljahrschr. f. Psych.*, B. 1.
2. Douty, *Lancet*, 1884, oct.
3. Wiglesworth, *Journal of mental Science*, 1883, t. IV.

concluants. L'anémie, l'hyperémie, l'œdème ont été tour à tour accusés. Kovalevsky [1], qui a beaucoup étudié cette question, suppose que dans la mélancolie active c'est l'anémie qui est le premier phénomène morbide. Mais plus tard l'accumulation du sang veineux irrite les éléments nobles du cerveau et détermine cet état d'anxiété avec agitation caractéristique de la mélancolie active. A cette irritation par accumulation du sang non oxygéné s'ajoute à la longue la pression produite par le liquide œdémateux qui s'accumule petit à petit par suite de la stase veineuse.

D'après *Huguenin* on observerait dans certains cas de mélancolie active de la pachyméningite.

Il n'y a donc pas de lésion anatomo-pathologique de la mélancolie. Y a-t-il du moins un centre émotionnel, dont l'altération produirait la tristesse et la dépression lypémaniaque? M. Luys [2], qui avait observé que les hémiplégiques gauches manifestaient une émotivité morbide, a proposé de localiser la lésion anatomique de cet état affectif dans la partie supérieure de la circonvolution temporale droite. Pour M. Mairet [3] le siège des émotions dépressives se trouverait dans les parties de l'encéphale placée au-dessous de la scissure de Sylvius.

1. Kovalevsky, *op. cit.*, p. 41.
2. Luys, Recherches sur les hémiplégies émotives, *Encéphale*, 1881, I, p. 379.
3. Mairet, *De la démence mélancolique*, 1883.

Dans ces derniers temps M. Courmont [1], reprenant une idée de Jessen d'Erfurth, a essayé de montrer que le cervelet était l'organe des émotions.

De tout cela, aucun fait probant ne reste pour permettre d'établir une cause anatomique de la mélancolie. C'est peut-être qu'il n'y a pas de lésion pathogénique au sens étroit du mot.

1. Courmont, *Le cervelet et ses fonctions*, 1891.

CHAPITRE VII

MÉDECINE LÉGALE

Au point de vue médico-légal, les questions qui peuvent se poser au sujet d'un mélancolique sont à peu près les mêmes qu'au sujet de n'importe quel vésanique. Aussi, nous contenterons-nous d'un examen rapide de quelques-unes de ces questions : simulation, crimes, capacité civile, témoignages, crimes imaginaires, qui prêtent à des considérations un peu spéciales dans les différentes variétés de la lypémanie.

a. *Simulation.* — Cette question peut se poser à propos d'un inculpé [1] ou d'un jeune conscrit. Il est évident que la première chose à faire en pareil cas est de s'enquérir des motifs qui peuvent pousser l'individu à simuler une affection mentale et des conditions spéciales où cette dernière s'est mani-

1. Marandon de Montyel, *Encéphale*, 1882.

festée. Il existe presque toujours des motifs de simulation; c'est le plus souvent pour échapper à la prison que les criminels simulent une folie.

Parmi les aliénations mentales feintes ce sont surtout l'excitation maniaque et la mélancolie qui sont choisies. Dans les deux cas la simulation est maladroite; il y a une exagération des symptômes ainsi qu'une brusquerie dans leur apparition qui peuvent déjà mettre en garde le médecin. On peut dire que les simulateurs sont plus fous que nature. Ils répondront des choses trop extravagantes pour n'être pas recherchées.

Quand la mélancolie est feinte, il est rare que le simulateur adopte une des trois grandes variétés cliniques, la mélancolie dépressive, la stupeur ou la mélancolie anxieuse et s'y cantonne. Il fera plutôt un mélange de ces formes cliniques, si même d'autres éléments étrangers à la mélancolie ne sont pas surajoutés pour parfaire le tableau. Le pseudo-lypémaniaque sera tour à tour gai et triste; il pleurera, manifestera une tristesse profonde, puis se mettra à danser et à rire en prononçant des paroles absurdes ne se rattachant à rien. Les idées délirantes les plus diverses se feront jour sans présenter aucune cohésion, aucun ordre, *aucune nécessité.* L'extravagance même de ces troubles suffira parfois pour faire poser le diagnostic. Il ne faut pas oublier en définitive que le simulateur ne peut composer son personnage qu'avec les éléments que lui

fournira sa mémoire. Son éducation médicale s'est faite le plus souvent dans la lecture de quelque roman-feuilleton ou dans la conversation avec quelques personnes ayant observé plus ou moins bien un aliéné de loin. Dans aucun cas il ne pourra y avoir d'harmonie dans la forme clinique simulée, par exemple la continuité et l'intensité de la souffrance morale, la monotonie et le désespoir de l'anxieux, la morne indifférence générale du stupide.

La stupeur est assez souvent feinte; elle paraît en effet facile à simuler. Mais elle ne l'est pas en réalité; et le rôle est très difficile à soutenir. M. Magnan [1] eut à examiner un inculpé d'assassinat, qui feignait la mélancolie. Dès le début, alors qu'il était en prison, il se contredit. « Pendant deux jours il refuse tous les aliments, puis il avale gloutonnement tous les matins un bifteck qu'on lui sert avec du pain. » Dans la journée, il reste silencieux et le soir il dort bien. Il manifeste un tic de la face (mouvements de moue) et de la tête (rotation de haut en bas et de droite à gauche). Interrogé, il déclare que son frère est mort, qu'on a mis une poudre dans sa soupe, etc. Puis il feint le mutisme et ne bouge plus. Si on le prend par le bras, il marche, puis se laisse tomber doucement à terre si on l'abandonne. Dans la journée il paraît parfois dormir, cessant alors ses mouvements de la face et de la

1. Magnan, Simulation de la folie et folie méconnue, *Bull. méd.*, 1891, 27 déc.

tête, quitte à les reprendre si on le réveille. Amené à Sainte-Anne, le pseudo-mélancolique continue les mêmes simagrées. Si on veut le faire lever, il tombe en avant et marche à quatre pattes. Mais il mange proprement et demande à aller aux cabinets. Un jour M. Magnan a l'idée de faire cesser ses spasmes. Il prédit devant le simulateur que des applications électriques, faites un certain nombre de fois, amèneront la guérison des troubles musculaires; et tout se passe ainsi. Le pseudo-mélancolique ne voulut pas perdre l'occasion de pouvoir cesser ses grimaces qui devaient le fatiguer beaucoup. D'ailleurs il comprenait tout ce qu'on lui disait et se comportait en conséquence[1].

Ces quelques détails suffisent pour montrer la contradiction constante où tombent les simulateurs, qui ont généralement plus de bonne volonté que de science. L'étude des phénomènes physiques, du pouls, de la respiration, l'examen des urines, peuvent encore apporter dans l'appréciation des faits des éléments importants.

b. *Crimes.* — Nous avons vu que certains mélancoliques, les anxieux, les hypocondriaques avec raptus, peuvent commettre, sous l'influence de la douleur morale excessive, des hallucinations ou encore des

1. L'inculpé dont il s'agit fut condamné aux travaux forcés. Après le prononcé du jugement, il jeta son masque de stupeur et avoua qu'il avait simulé pour sauver sa tête.

conceptions délirantes, des tentatives d'homicide, des assassinats, etc. S'il s'agit de malades dont le diagnostic a été bien établi, il sera parfois facile de reconnaître que l'acte criminel n'avait aucun motif ordinaire, tel que le désir de satisfaire une passion (intérêt, amour, vengeance, etc.). Le mobile de l'acte sera intimement lié au délire mélancolique ou aux troubles sensoriels qui accompagnent ce dernier.

On verra, par exemple, un mélancolique hypocondriaque en venir, après plusieurs années de souffrances, après des démarches déraisonnables et des actes extravagants ayant uniquement pour but le soin de sa santé, à concevoir des sentiments de haine contre son médecin et essayer de l'assassiner parce qu'il lui a prescrit, douze ans auparavant, des bains de rivière auxquels il attribue tous ses maux [1].

C'est ainsi encore qu'un mélancolique avec idées religieuses tue ses enfants et sa femme pour les arracher aux misères de la vie terrestre et les faire jouir le plus tôt possible des joies du paradis [2].

Il serait donc erroné de dire que le mélancolique accomplit toujours un acte criminel à la façon d'un impulsif et d'un inconscient. Cela n'arrive que dans certains cas de lypémanie dépressive accompagnée d'une douleur morale trop vive et d'un sentiment d'impuissance exaspérant le malade. Il essaie alors

1. Marc, *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*, Paris, 1886, t. II, p. 14.
2. Kovalevsky, ouvr. cité, p. 30.

de réagir, mais à la façon d'un enfant qui s'irrite, qui brise dans un moment de rage tout ce qui se trouve à sa portée; puis il retombe dans un anéantissement encore plus profond qu'auparavant.

Mais, chez les mélancoliques délirants, l'acte criminel est souvent la conséquence d'un raisonnement très logique et d'une préméditation non douteuse. Le mélancolique hypocondriaque et persécuté dont parle Marc a mis douze ans avant d'en arriver à la conclusion qu'il lui fallait tuer son médecin. Le mélancolique religieux de Kovalevsky a préparé pendant plusieurs mois l'assassinat de sa famille. Tous les deux ont agi posément, lentement, d'après un plan mûrement établi.

La constatation de la préméditation ou de son absence ne peut donc servir à l'appréciation de la responsabilité d'un mélancolique. Ce qu'il importe de considérer avant tout c'est son état psychique au moment de l'accomplissement du crime, état caractérisé par la douleur morale, l'hallucination, la conception délirante.

Un autre caractère des crimes des mélancoliques c'est que ces derniers n'essaient pas après de se cacher ou de fuir. Ils vont parfois se remettre, avec la résignation qui caractérise leur état mental, entre les mains de la justice; ils racontent tous les détails de leur crime, ils se chargent même autant qu'ils peuvent, en ajoutant aux faits vrais des faits imaginaires inspirés par leur délire d'auto-accusation. Souvent,

ils manifestent une conscience complète de l'acte commis par eux. Ils le déplorent, tout en déclarant qu'ils vont enfin trouver la mort qu'ils désirent tant. Ils demandent l'exécution capitale comme une grâce.

Il est certain que des actes accomplis dans des conditions pareilles portent le cachet de la folie et ne peuvent aucunement être imputés. Aux mélancoliques qui les commettent, l'article 64 du Code pénal : « Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action », est entièrement applicable. Il faut ajouter qu'en qualité d'individus dangereux, la seule demeure qui leur convienne c'est l'asile.

Il arrive que des mélancoliques, en se suicidant, entraînent dans la mort des personnes de leur entourage : quand ces dernières sont des enfants, incapables de s'opposer au projet de leur parent, c'est là un véritable assassinat; et on peut en poursuivre l'auteur s'il ne meurt pas. Dans certains cas la victime est majeure; c'est par exemple une maîtresse, à qui son amant a persuadé de se tuer ensemble. Or il arrive que l'homme, après avoir tué son amante, ne se donne pas la mort. C'est là quelquefois un crime dûment prémédité; et il faudra rechercher très sévèrement le délire.

Les mélancoliques commettent rarement d'autres actes criminels ou délictueux [1].

1. Marandon de Montyel, *Encéphale*, 1886.

c. *Capacité civile.* — Le mélancolique, comme tout autre aliéné, peut perdre sa capacité civile. Le fait d'être interné dans un établissement d'aliénés ne lui enlève pas *ipso facto* ses droits. Voici en effet ce que dit l'art. 39 de la loi de 1838 sur les aliénés : « Les actes faits par une personne placée dans un établissement d'aliénés, pendant le temps qu'elle y aura été retenue, sans que son interdiction ait été prononcée ni provoquée, *pourront* être attaqués pour cause de démence, conformément à l'art. 1304 du Code civil. » Pour que ces actes soient annulés, il faut donc qu'ils soient attaqués et que le tribunal le juge ainsi. Un individu interné peut en effet être dans un état de rémission ou de convalescence qui le laisse sain d'esprit.

Faut-il interdire les mélancoliques? C'est là une question d'expertise. Elle peut se poser pour ces malades comme pour tous les autres aliénés. Du moment que le sujet paraît, du fait de ses troubles mentaux, incapable de gérer ses affaires, on peut demander et obtenir l'interdiction ou — comme mesure moins sévère — la dation d'un conseil judiciaire, qui lui laisse la libre disposition de ses revenus.

Sous l'influence de ses conceptions délirantes, le malade peut faire une donation ou rédiger un testament en faveur d'une œuvre ou d'une personne et léser ainsi les intérêts des ayants droit. Deux cas peuvent se présenter. Ou bien le mélancolique est

encore vivant, et le diagnostic pourra être porté. Ou bien, il est mort, et il s'agit de faire un diagnostic rétrospectif. L'expert recherchera des idées délirantes dans le testament. Il faut avouer que l'examen d'un document de ce genre est fort délicat et ne pourra donner de résultats utiles qu'en tant que l'enquête faite par la justice corroborera le jugement porté par le médecin sur le testament. Quelquefois le testateur s'est donné la mort dans des circonstances telles que la mélancolie-suicide en est du coup prouvée.

Il ne faut pas oublier que les testaments peuvent être attaqués sans que le testateur ait été interdit. L'art. 901 du Code Napoléon dit seulement ceci : « Pour faire une donation entre vifs ou un testament il faut être sain d'esprit ». « En parcourant les recueils de la jurisprudence, dit Legrand du Saulle[1], on voit sans de grands efforts que la loi établit toujours une présomption en faveur de la liberté morale de celui qui a disposé de sa fortune : c'est aux héritiers à démontrer qu'au moment où il a arrêté sa succession, le testateur n'était pas sain d'esprit. Deux cas peuvent encore se présenter : ou le testament renferme des clauses raisonnables, et celui qui l'attaque doit prouver la folie; ou l'acte contient des bizarreries, et c'est aux légataires qu'il incombe d'établir la sagesse. »

1. Legrand du Saulle, *La folie devant les tribunaux*, 1864, p. 159.

A cette question de la capacité civile des mélancoliques se rattache celle des intervalles lucides qui s'observent quelquefois dans la mélancolie [1] et peuvent ainsi créer de grandes difficultés [2].

Chaque cas doit être soumis à une analyse très sévère.

D'après la loi romaine, était réputé valable le testament du fou qui avait recouvré la raison ou qui se trouvait dans un intervalle lucide. « La loi française, dit Legrand du Saulle [3], jugeant peut-être que tout serait douteux et arbitraire si l'on arrivait à admettre l'intervalle lucide, n'a point autorisé cet état intermédiaire, et elle s'est intentionnellement abstenue. Nos lois restent muettes sur ce point ; mais les magistrats chargés de leur interprétation n'en valident pas moins les actes civils ou consentis pendant les intercurrences de calme et de raison indubitable, et ayant eu une durée suffisante pour que leur constatation réelle fût à l'abri de tout soupçon. »

Lorsque les intervalles lucides sont nets, il n'est pas possible de refuser la capacité civile à un mélancolique qui reprend momentanément possession de lui-même. Seulement la détermination

1. Legrand du Saulle, *La folie devant les tribunaux,* 1864, p. 110.

2. Motet, Capacité juridique des aliénés, *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, 1879, t. X, p. 54.

3. Legrand du Saulle, *La folie devant les tribunaux*, 1864, p. 158.

exacte de ce retour à l'équilibre mental est quelquefois bien difficile. Il faut que l'intervalle lucide ne soit pas éphémère, que sa netteté soit indiscutable. « Ainsi compris, dit M. Motet, l'intervalle lucide, pendant lequel l'intermission dans les accidents est complète, ne diffère pas de l'état normal ». Par conséquent tout acte fait au cours d'une pareille phase de raison complète doit être considéré comme valable. Si plus tard il est contesté, il sera nécessaire de faire la preuve de la santé d'esprit où le malade se trouvait au moment où l'acte a été accompli. Il faut avouer que ce diagnostic rétrospectif est souvent très délicat à établir.

d. *Témoignages.* — C'est au tribunal à accepter ou à rejeter le témoignage d'un aliéné, qui peut toujours être entendu à titre de renseignement et sur des faits en dehors de son délire. Parfois le médecin est interrogé sur le degré de créance que présentent les dires d'un fou.

Un malade atteint d'une forme délirante de la mélancolie est nécessairement incapable de déposer en justice; mais peut-on refuser l'aptitude à déposer à tous les lypémaniaques en général? Quelle confiance doit-on accorder aux assertions d'un mélancolique simplement déprimé, sans délire? Il semble à première vue que ce dernier pourrait très bien rendre compte de ce qu'il observe. Mais il faut étu-

dier le cas sous toutes ses formes et acquérir la conviction que le sujet ne mêle aucune illusion au récit des faits. Dans la mélancolie même non délirante il se produit une modification profonde dans la faculté de percevoir les impressions venant du monde extérieur; le jugement n'est plus entouré de toutes les garanties nécessaires pour formuler une conclusion parfaitement logique. Pour toutes ces raisons on ne doit pas se fier complètement aux dépositions d'un mélancolique en apparence lucide. Il peut arriver que le malade, poussé par ses idées délirantes, fasse de fausses dénonciations, pouvant porter préjudice à autrui; c'est dans cette hypothèse qu'on ne doit accueillir ses témoignages qu'avec la plus grande circonspection.

On s'est demandé si les aveux faits pendant une crise d'aliénation devaient être acceptés par la justice. Dans un cas de ce genre la cour d'assises du Bas-Rhin acquitta le prévenu, sur la déclaration de M. Dagonet qui développa cette thèse que les aveux faits par un accusé dans un moment de folie ne pouvaient avoir aucune valeur sérieuse aux yeux de la justice [1].

e. *Crimes imaginaires.* — Nous avons relevé bien souvent chez nos malades des idées d'auto-accusation. Ainsi, par exemple, ce malade en état

1. M. Legrand du Saulle, *La folie devant les tribunaux*, 1864, p. 583.

de dépression mélancolique, qui, arrêté sur la voie publique, déclara qu'il avait assassiné le président Lincoln. On en observe d'autres qui s'accusent de vols, d'adultères, d'actes de violence, etc.

Morel[1] a rapporté un fait de ce genre que nous avons déjà cité plus haut et que nous reproduisons ici dans son entier, car il nous paraît d'un haut intérêt médico-légal.

Une jeune femme vint un jour s'accuser à un magistrat d'être l'auteur de la mort de son enfant. Il s'agissait d'une pauvre créature rachitique, âgée de sept à huit ans, dont elle-même, mère dénaturée, comme elle s'appelait, avait hâté la mort par ses mauvais traitements. Les détails étaient tellement circonstanciés que l'on comprend facilement les perplexités du juge. Mais une instruction sommaire vint bientôt le tirer d'embarras. Les faits articulés par la pauvre femme étaient complètement imaginaires. Il fut attesté par le père et par d'autres parents que jamais fils malade et infirme n'avait été soigné avec plus de sollicitude par sa mère. L'enfant était atteint d'une maladie de la moelle épinière, et il était mort subitement alors que ses parents étaient momentanément absents. Cette coïncidence avait suffi pour bouleverser l'esprit de cette femme, qui ne pouvait se pardonner d'être sortie au moment

1. Morel, *Gaz. hebdom. de méd.*, 1863, *in* Legrand du Saulle, *La folie devant les tribunaux*, 1864, p. 577.

où son fils se mourait. Internée à Saint-Yon, elle y fut traitée pour un accès de lypémanie et en sortit guérie.

Il va sans dire que, dans les cas de mélancolie bien caractérisée, il est relativement facile de rattacher des auto-accusations de ce genre à leur véritable origine morbide. Mais il arrive quelquefois que les lypémaniaques s'accusent tout à fait au début de leur affection, alors que cette dernière peut à peine être constatée.

Dans la période prodromique de la mélancolie le malade voit surgir dans sa conscience des souvenirs pénibles, des pensées mauvaises dont il a honte et horreur. Par exemple, il a pu autrefois, au milieu des conditions difficiles de l'existence, penser à la disparition de tel ou tel ennemi, avoir tel ou tel projet de vengeance. Eh bien, toutes ces idées mauvaises peuvent prendre chez lui, pendant la phase prémonitoire de la lypémanie, une intensité telle qu'elles lui sembleront réelles ; elles deviendront des idées obsédantes et formeront la base de son délire.

Morel[1] cite le cas d'une femme qui prédit à son mari, condamné deux fois en police correctionnelle pour des faits qui ne prouvaient pas en faveur de son honorabilité, que « le bon Dieu le punirait ». Nous revenons sur ce fait à cause de son importance.

1. Morel, ouvr. cité, p. 581.

« Or, il arriva aussi, par une coïncidence fatale, qu'un bras inconnu se chargea de mettre à exécution la prophétie de cette femme. Un jour que tout le monde, excepté le mari, était réuni dans la cuisine de la ferme, on entendit la détonation d'une arme à feu dans la direction de l'écurie. On se précipita vers cet endroit où le mari fut en effet trouvé gisant par terre et baigné dans son sang. Il put articuler quelques mots pour dire que, pendant qu'il était occupé à traire une vache, un coup de feu parti du dehors l'avait blessé à la tête. La justice fut immédiatement instruite du fait. On arrêta d'abord un jeune pâtre âgé de dix-sept ans. Puis la femme du fermier fut également arrêtée sous la double inculpation d'adultère et de connivence avec ce pâtre dans le meurtre de son mari. Il faut ajouter que la malheureuse femme était enceinte de six mois et que depuis longtemps elle souffrait de névralgies excessivement violentes. Lors de son premier interrogatoire, l'inculpée était plongée dans un état de profonde stupeur. A toutes les questions qui lui furent adressées elle répondait invariablement : « Oui, c'est moi qui ai tué mon mari ».

« Transportée à la prison des Andelys, elle y resta plusieurs mois et accoucha d'un enfant mort. Toutes les investigations tentées dans le but de trouver d'autres coupables n'aboutirent à aucun résultat, et la femme S..., ainsi que le jeune pâtre, restèrent

seuls sous le coup de la justice. Toutefois les réponses antérieures de l'inculpée furent trouvées si incohérentes et son état mental si bizarre qu'il fut décidé de la soumettre à l'examen de Morel. Dans le premier moment ce dernier fut tenté de croire à une simulation, tellement les réponses étaient vagues, incohérentes, peu en rapport avec les questions qui lui étaient adressées. Mais bientôt il fut frappé par la grande anxiété de la malade; ses yeux étaient brillants, injectés; la peau était chaude, le pouls rapide, fébrile; il y avait une attitude générale de stupeur et de l'insomnie la nuit.

« Morel la fit placer à Saint-Yon où elle parcourut le cercle entier d'un état mélancolique parfaitement caractérisé. Elle finit par guérir et apprit à l'aliéniste qu'au moment de son arrestation sa terreur avait été telle qu'à toutes les questions elle n'avait pu répondre qu'une chose : « Oui, c'est moi qui suis coupable ». D'ailleurs, et ceci constitue l'intérêt capital de cette observation, le souvenir des prédictions qu'elle avait faites à son mari se dressait dans sa conscience avec une telle intensité qu'elle était convaincue d'avoir par « *ses mauvais propos* », armé le bras d'un assassin inconnu. « Cette idée avait pris une telle fixité que cette femme assista morne et indifférente à sa propre arrestation. »

Nous avons tenu à rappeler cette observation si caractéristique parce qu'elle prouve, mieux que toutes les dissertations, qu'on ne saurait trop se

défier des inculpés auto-accusateurs. Il faudra se rappeler dans les cas douteux que les idées d'auto-accusation sont excessivement fréquentes chez les mélancoliques, et se demander si l'on n'a pas affaire à un malade de cette catégorie.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Le traitement de la mélancolie ne repose pas sur des conceptions pathogéniques ni étiologiques bien nettes; comme il s'adresse à des faits disparates, il comprend des moyens variés, dont quelques-uns paraissent contradictoires. On trouvera ici l'histoire des principaux procédés thérapeutiques employés pour combattre ces formes morbides qui vont de la simple fatigue neurasthénique à la stupeur ou à la mélancolie anxieuse. C'est au médecin qu'il appartient de choisir, dans cet arsenal thérapeutique, les armes les plus propres à combattre la maladie particulière qu'il soigne. Car le traitement de la mélancolie doit être un traitement rigoureusement individuel. Chemin faisant, nous donnerons des indications particulières de certains moyens thérapeutiques, exposés ici dans leurs indications générales.

1. Internement.

Il ne sera pas toujours nécessaire d'interner certains mélancoliques, notamment les non-délirants. Pour eux l'isolement, que nous examinerons au sujet du traitement moral, pourra être réalisé ailleurs que dans un établissement d'aliénés, par exemple dans une famille étrangère ou dans une maison de santé ouverte. Le plus souvent le milieu dans lequel vit le sujet ne se prête pas à un traitement rationnel, surtout dans ses indications psychiques. Les sujets atteints de mélancolie simple (dépression neurasthénique, hypocondrie) pourront être soignés en dehors de l'établissement fermé; on leur appliquera telle méthode thérapeutique morale et physique qui conviendra.

Pour les autres, les mélancoliques délirants, les stupides, les anxieux, la question de leur internement se posera souvent. Le danger qu'ils peuvent faire courir à leur entourage sera quelquefois une indication. Mais le plus souvent c'est dans l'intérêt même de l'individu, qui doit être surveillé et qui ne peut l'être efficacement dans sa famille, que l'on provoque la séquestration. En définitive, celle-ci devient une mesure sociale; elle est appliquée aux pauvres dans une bien plus forte proportion qu'aux riches, qui peuvent, dans des cas peu graves,

réaliser, autour de leurs malades, la surveillance médicale nécessaire.

a. *Asile.* — L'internement, qui est une mesure de sécurité sociale, est aussi une mesure d'assistance et par cela même une mesure thérapeuthique. « Ce qui montre bien, dit M. A. Marie [1], que la misère profonde et l'impossibilité matérielle de vivre étaient les causes déterminantes de la mélancolie, c'est que la misère supprimée par l'internement, le souci du lendemain et les privations remplacés par l'assistance de nos asiles, ont rapidement effacé toutes traces de délire et de réaction mélancoliques, même chez celles qui avaient montré dans ce sens des tendances persistantes ; une de nos malades avait fait antérieurement trois tentatives de suicide, elle est aujourd'hui hospitalisée à la colonie familiale, libre depuis deux ans et demi, sans que ses réactions antérieures se soient produites ; c'est que son existence est assurée dans une colonie de repos où elle jouit des avantages matériels et moraux indispensables. *Sublatâ causâ tollitur effectus* : plus de misère, plus de mélancolie. Malgré les 300 entrées à la colonie, en trois ans, nous n'avons eu aucun suicide ou tentative. »

Lorsque l'internement est rendu nécessaire, par exemple par les conditions où vit le malade, il ne

1. A. Marie, Congrès des médecins aliénistes et neurologistes (Session de Bordeaux, 1895).

faut pas temporiser. Attendre, c'est bien souvent laisser s'aggraver la maladie.

L'internement doit satisfaire à deux desiderata : isolement et traitement. On peut les trouver réalisés dans certaines maisons de santé. Mais nos asiles publics, où de sérieuses garanties sont prises contre les séquestrations non justifiées, ne sont pas en général — il faut avoir le courage de le dire — des milieux de traitement; et l'isolement y est trop sévère. Déjà Guislain [1] disait, en considérant les établissements d'aliénés belges du commencement du siècle : « On imaginerait à tort que la séquestration dans une maison spéciale est rigoureusement exigée pour le traitement de tous les mélancoliques. Au contraire je ne crains pas de le dire, on voit plus d'une fois le cas des malades s'aggraver malgré la bonne organisation de l'établissement. Il y existe souvent trop de tumulte, on y rencontre trop d'impressions pénibles; le malade, surtout les premiers jours de son admission, s'y sent désagréablement affecté. D'ailleurs on ne saurait avoir pour lui les soins de tous les instants que lui prodigueraient dans d'autres circonstances une épouse, un époux, un enfant, un ami. »

Ces critiques ont été reproduites, plus tard, par Griesinger [2] en Allemagne : « Les résultats que j'ai

1. Guislain, *Leçons orales sur les phrénopathies*, t. III, p. 15.

2. Griesinger, ouv. cité, p. 534.

observés du placement des hypocondriaques dans les asiles m'engagent plutôt à plaider contre cette mesure qu'en sa faveur; ce n'est que dans les cas où le malade est tout à fait dans l'impossibilité de se maîtriser, que l'on devra y recourir. De même, la mélancolie simple n'indique pas dès les premières semaines l'entrée du malade dans un asile. Tant qu'elle reste à un degré modéré, alternant avec les mouvements d'amélioration, il suffit de déplacer le malade de son milieu habituel, de l'emmener à la campagne en supposant qu'il est entouré de personnes intelligentes et exécutant bien toutes les prescriptions du médecin..... »

En France, la plupart des aliénistes ont fait de tout temps les mêmes critiques. Esquirol [1], pourtant fermement convaincu de la vertu thérapeutique de l'asile, disait : « Mais qui oserait assurer que l'isolement (dans un asile d'aliénés) n'a jamais été nuisible? Je répondrai franchement oui, l'isolement a nui quelquefois, parce qu'il est de la nature des choses que les meilleures ne soient pas toujours exemptes d'inconvénients. »

Il est des inconvénients qui tiennent, comme le dit Esquirol, à la nature des asiles, de leur principe même, et qui sont peu modifiables. Mais il en est d'autres qui comportent des réformes possibles et faciles. Ces réformes ont été depuis longtemps

1. Esquirol, ouv. cité, t. II, p. 775.

déjà réalisées à l'étranger, et à ce point de vue nous sommes en retard sur la plupart de nos voisins.

Les critiques que l'on peut faire actuellement à nos établissements sont nombreuses : insuffisance du nombre des médecins traitants; classement imparfait des malades assistés; confusion des curables et des incurables; emploi abusif des cellules et des moyens de contention; discipline trop sévère. Dans certains asiles étrangers, en Écosse notamment, règnent les libertés suivantes : liberté aux malades d'écrire, de recevoir des visites et de prendre leurs repas avec leurs familles dans l'intérieur de l'établissement; mélange des sexes au réfectoire; sorties provisoires; congés en cours de traitement; abolition des punitions; promenades et chasses hors l'asile; suppression des murs autour de l'établissement. Le régime de la plupart de nos asiles est loin d'être aussi libéral; et les mauvaises conditions où se trouvent les malades provoquent leur incurabilité; on a même décrit l'affaiblissement intellectuel causé par le séjour hospitalier (*Asylum dementia*).

Le principal obstacle à la transformation de nos asiles, qui sont surtout des dépôts d'assistés, en hôpitaux de traitement, est le nombre exagéré des malades confiés à chaque médecin en chef. Il s'élève de 500 à 1 100 et plus. Dans ces conditions, toute thérapeutique sérieuse est impossible, ainsi que le faisaient ressortir récemment avec raison, à la Société

médico-psychologique, MM. Colin, Marandon de Montyel et Pactet [1]. Tous les aliénistes de bonne foi l'ont reconnu. « Dans mon service à l'asile de Villejuif, qui contient 570 places, dit M. Vallon [2], la population atteint le chiffre de 684.... Il y a beau temps que l'on a élevé les aliénés à la dignité de malades. Le moment serait peut-être venu de les traiter en conséquence. Or quelle thérapeutique vraiment sérieuse peut-on faire quand, dans une année, il entre, comme en 1894, dans mon service de Villejuif, plus de 800 malades? Pour traiter les malades, il faut les connaître; il faut en avoir un nombre raisonnable. » De son côté, M. Bourneville, dont la compétence en tout ce qui touche l'assistance des aliénés est grande, déclarait récemment : « Nos asiles doivent être le moyen de traitement par excellence. Pour cela, le nombre des malades de ces établissements, celui de chaque service, doivent être limités. Dans beaucoup d'asiles, le nombre des médecins par rapport à la population des malades est beaucoup trop limité, ce qui rend tout traitement sérieux très difficile. Il en est ainsi dans plusieurs asiles de la Seine, par exemple à Villejuif, où il n'y a que deux médecins en chef et deux médecins adjoints pour 1 500 malades et quelquefois davantage. Il en est ainsi à Maréville, où pour 1 700 aliénés

1. Soc. méd.-psych., mai 1897.
2. Vallon, *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes* (session de Bordeaux, 1895).

il n'y a que deux médecins en chef. L'organisation des asiles doit être essentiellement médicale, comme cela existe dans beaucoup de pays étrangers, Angleterre, États-Unis, Allemagne, etc. Pour justifier l'internement, il ne faut pas créer de grandes *renfermeries*, comme Maréville, comme Villejuif. Il ne faut pas d'*encombrement* qui jette le désordre, rend inutiles tous les traitements, diminue dans des proportions considérables le nombre des guérisons : c'est ce qui a lieu dans la Seine. »

Pour remédier à cet état de choses, qui présente plus d'inconvénients que les réformes les moins mûries, tous les aliénistes sérieux ont demandé la diminution de la population des services. Esquirol l'a successivement limitée à 500, 250 et même 150[1]; ce dernier chiffre a été adopté par la plupart des asiles étrangers. En France, cette réforme tend à se réaliser. M. H. Monod, directeur de l'hygiène et de l'assistance publique, nous disait être partisan du maximum de 250 malades à confier à un seul médecin en chef.

La réforme ne serait pas difficile à réaliser, tout au moins en partie, en France, où il existe, dans la plupart des asiles, des médecins adjoints qui ne servent qu'à remplacer le médecin en chef un mois de l'année sur douze, et qui ne demandent qu'une part de travail et une part de responsabilité.

1. Esquirol, ouv. cité, t. II, p. 404 et 428.

Aussi, le Dr Dubief, rapporteur à la Chambre des députés de la loi sur les aliénés, a-t-il, dans une compréhension parfaite des réformes urgentes et pratiques, demandé que les fonctions actuelles des médecins adjoints fussent remplacées partout par celles de médecin traitant. Récemment le Conseil général de la Seine, toujours à l'avant-garde des idées généreuses d'assistance et entrant dans la voie des réalisations, a voté, sur le remarquable rapport du Dr Émile Dubois, le dédoublement des services de l'asile de Ville-Évrard et de l'asile de Villejuif. « Comment en effet, dit le savant rapporteur [1], peuvent être mis en œuvre et une analyse psychologique quotidienne, et un examen physique soigneux, sans lesquels le diagnostic et la thérapeutique des formes si variées de la folie sont chose illusoire et vaine? Dans des conditions aussi défavorables, que viennent encore aggraver la constitution matérielle de nos asiles et le mouvement des services, le traitement des sujets atteints de psychoses aiguës, affections éminemment curables, est, on en conviendra, gravement compromis. »

Cette réforme partielle, aujourd'hui réalisée grâce aux efforts de l'Administration et à l'esprit de progrès qui anime la Commission de surveillances des asiles, a rencontré des oppositions inattendues, que

1. Ém. Dubois, *Rapport général au Conseil général de la Seine pour le service des aliénés,* 1896.

M. Marandon de Montyel [1], médecin en chef des asiles de la Seine et ardent partisan du dédoublement des services, critique avec quelque ironie. Mais elle n'est pas la seule à réaliser dans nos asiles. Aussi, M. le Dr Brousse va-t-il demander au conseil général de la Seine la création d'une commission technique qui étudierait les moyens de réorganiser nos asiles au mieux des intérêts des malades.

b. *Assistance familiale.* — Ce mode d'assistance, très répandu à l'étranger et notamment en Belgique [2], est en train de s'acclimater chez nous [3] et mérite d'être étendu. Au point de vue qui nous occupe, nous pensons que cette forme d'assistance est applicable à un grand nombre de mélancoliques que visent ces lignes écrites par Moreau de Tours [4] il y a trente ans : « Ces soins incessants, ces attentions, ces conseils, en un mot tout ce qui constitue ce que M. Bulckens dénomme si justement le patronage familial, comment espérer le trouver dans nos grands asiles publics, si bien organisés qu'on les suppose? Si l'isolement doit être absolu par rapport aux autres aliénés, il faut mettre le plus possible le malade en rapport avec des individus dont la raison et les bons conseils ne peuvent que lui être

1. Marandon de Montyel, *Tribune médicale*, mai 1897.
2. Peeters, *Gheel.* — J. Morel, art. Gheel, in *Dictionnaire of Psycholog. Medic.*
3. Ed. Toulouse, *Les causes de la folie*, 1897, p. 369 et suiv.
4. Moreau de Tours, *Quelques mots sur Gheel*, p. 9.

utiles, il ne faut lui laisser sous le yeux que de bons exemples, ne laisser arriver à ses oreilles que des paroles sensées; l'environner, si je puis m'exprimer ainsi, d'une atmosphère de sagesse et de raison, dans laquelle la folie sera mal à l'aise et qui préparera la voie au traitement... »

Notre opinion repose sur l'expérience des aliénistes qui ont dirigé les colonies familiales. « La vie de famille, dit M. Peeters [1], est un auxiliaire du traitement qui rend les plus grands services dans les cas de mélancolie avec tendance au suicide, surtout pendant la période de convalescence et d'amélioration. » M. le Dr A. Marie, directeur-médecin en chef de la colonie familiale de Dun-sur-Auron, a bien voulu nous résumer les résultats de ses observations en ce qui concerne le traitement de la mélancolie par l'assistance familiale.

« Les états mélancoliques, dit-il, peuvent, au point de vue thérapeutique, être divisés en deux groupes :

« 1° *Psychoses mélancoliques chroniques.* — Il y a d'abord à citer pour mémoire ces mélancoliques chroniques, qui sont catégorisés pêle-mêle avec tant d'autres aliénés sous la rubriqne « démences vésaniques ». Ceux-là n'ont que peu de bénéfice thérapeutique à espérer du traitement familial lorsqu'ils appartiennent aux formes systématisées et stéréo-

1. Peeters, *Lettres sur Gheel*, p. 54.

typées comme celles décrites par Cotard (délires d'énormité, de négations, etc.). J'ai deux ou trois malades de ce genre acclimatés à la colonie familiale et utilisés dans les familles. Ce sont de véritables automates qui protestent quotidiennement de leur inexistence ou réclament sans cesse l'administration de poisons violents pour se détruire. Détail à noter : ces malades, qui réitèrent si volontiers les tentatives de suicide à l'asile, n'en ont pas commis ici.

« Au sujet des démences survenant chez d'anciennes mélancoliques, je rappellerai ce que je disais au Congrès de Bordeaux à un point de vue plus général : « Un seul fait me paraît intéressant au « point de vue de l'action thérapeutique du régime « familial. Bon nombre de malades, signalées depuis « plusieurs années comme démentes incurables, après « un internement prolongé, sont, une fois rendues « à un milieu familial, revenues au bout de quelques « semaines à un état mental visiblement meilleur, « s'intéressant peu à peu à l'intérieur, sortant du « mutisme et de l'inertie pour s'occuper à l'incitation « de leur entourage ; elles en arrivent à prendre part « aux conversations et à acquérir à nouveau quelques « notions élémentaires, leur permettant de s'adapter « à une existence sociale normale. C'est comme un « réveil des vieux souvenirs de l'existence antérieure « à l'internement, souvenirs que la vie d'asile tend à « éteindre. Sans que le fond démentiel en soit beau- « coup modifié, ces malades, en famille, prennent des

« allures plus normales et contrastent par ce nouvel « aspect avec leur attitude antérieure, inerte, atone, « en quelque sorte végétative, que le médecin d'asile « connaît bien pour l'avoir observée chez ces vieilles « démentes, piliers d'infirmeries, avec le mobilier « desquelles elles semblent faire corps par leur « immobilité. »

« A côté des mélancolies chroniques spéciales, il en est d'autres qu'on peut considérer comme des accès simples prolongés ou indéfiniment renouvelés par suite de l'influence dépressive de l'internement et au contact d'aliénés qui les terrifient et entretiennent leur anxiété (*Asylum dementia*). Ces cas, soustraits à l'influence nocive de l'ambiance manicomiale, peuvent, placés dans des familles, renaître à un calme réparateur et inattendu. Le voisinage d'aliénés agités ou inquiétants étant supprimé, l'anxiété se calme, s'atténue, et un traitement moral individuel approprié peut être mis dès lors en œuvre avec fruit.

« Restent, chez le vieillard, les psychoses tardives [1]. Chez la femme en particulier, la tendance des sujets atteints de mélancolie tardive à passer à la chronicité rencontre un correctif précieux dans le traitement familial. Ce dernier agit par le stimulant continu d'un milieu social normal où la malade vit et qui remplace celui où se sont manifestées les

1. Séglas et A. Marie, *Progrès médical*, 1889.

causes déterminantes initiales. Le caractère fruste des mélancolies séniles de la femme [1] est en outre une condition favorable au placement familial. Parmi les psychoses tardives, il faut citer à part les mélancolies « légitimes » de Lasègue ou *ab miseria* des vieillards, caractérisées, ainsi que M. Vallon l'a rappelé au Congrès des aliénistes de Bordeaux (1895), par une dépression que la misère physiologique et l'abandon ne motivent que trop et qui aboutit logiquement au suicide ou à la tentative qui fait interner le malade. Ces cas sont, par excellence, justiciables du traitement familial; et la preuve en est que nous avons eu, à Dun, 87 cas de psychoses séniles à forme mélancolique, sur lesquels 52 pouvaient être considérés comme des psychoses tardives, véritables accès de lypémanie survenus à l'époque où les progrès de l'âge, l'affaiblissement général des facultés intellectuelles et des forces physiques plaçaient les sujets dans une condition sociale désespérée, sans autre issue apparente que la mort prochaine naturelle ou volontaire.

« 2° *Psychoses mélancoliques aiguës.* — Les adultes sont admis dans les colonies familiales étrangères, en particulier à Gheel [2], où les penchants au suicide ne sont pas une cause d'élimination. A Dun, j'ai demandé à être autorisé à recevoir des mélan-

1. Ed. Toulouse, *Étude clinique de la mélancolie sénile chez la femme*, th. Paris, 1891.
2. Peeters, *Gheel*, p. 54.

coliques convalescents à titre de patronage familial transitoire.

« Je pense avec M. Peeters que l'isolement dans une colonie familiale présente un côté favorable qu'il importe surtout de signaler. Le malade n'étant pas séparé de la société, on peut aisément juger par ses paroles et ses actes s'il est en état d'être rendu à sa famille et à son genre de vie primitif. Dans les cas douteux, l'aliéné sortant d'un établissement fermé pourrait être envoyé à Dun ou dans toute autre colonie familiale de convalescence, où il donnerait des preuves définitives de son aptitude à reprendre la vie sociale. C'est en ce sens que l'idée de M. Marandon pour la colonisation familiale à Paris nous semble devoir être comprise et pouvoir devenir féconde en résultats pratiques.

« Le milieu familial réalise en outre une surveillance affectueuse pour le malade, qui se trouve réellement mêlé à l'existence de ses gardiens. C'est là, si on rencontre des nourriciers intelligents, une excellente condition pour une observation continue et étroite, quoique discrète; et c'est aussi un moyen unique de moralisation par la suppression de la cohabitation avec des parents à tares dégénératives homologues.

« Voici pour terminer deux observations caractéristiques de malades observés à Dun. Dans la première il s'agit d'une malade de la colonie, qui, réclamée par les siens, retomba, aussitôt rendue à son milieu

antérieur, dans un accès anxieux avec sitiophobie, apparemment par suite du renouvellement des mêmes causes (soucis, discussions constantes avec les siens); revenue à Dun dans une famille étrangère, elle s'y est de nouveau rétablie.

« Le second fait concerne une autre mélancolique qui a cherché en vain deux fois à s'étrangler, tentative constamment déjouée par les nourriciers, auxquels elle s'est maintenant attachée et qu'elle ne voudrait pas compromettre par une tentative nouvelle. Ce qu'il est intéressant à signaler c'est qu'elle se retient maintenant « parce que, dit-elle, je sais « que mes nourriciers sont responsables de moi » et « que je ne veux pas leur attirer des ennuis ».

Traitement.

La thérapeutique de la mélancolie doit être, nous le répétons, une thérapeutique individuelle. Nous ne donnerons ici que des préceptes généraux capables de guider les praticiens.

A. Traitement prophylactique. — La mélancolie, comme toutes les maladies mentales, prend sa source dans de mauvaises conditions héréditaires. Toutes les mesures propres à empêcher la transmission des tares pathologiques diminueront de ce fait les cas de mélancolie. Mais ce sont là des mesures

sociales étudiées ailleurs par l'un de nous [1] et sur lesquelles nous ne pouvons nous étendre. Disons toutefois que le médecin ne doit pas conseiller le mariage aux individus atteints d'une forme grave de mélancolie, par exemple d'une forme délirante ou d'une forme stupide; les malades de ce genre ne cherchent d'ailleurs guère à se marier. Il doit aussi et surtout conseiller l'abstention sexuelle durant le temps de la maladie et de la convalescence.

Les états mélancoliques étant souvent sous la dépendance d'intoxications (alcoolisme, morphinisme), de maladies infectieuses (fièvre typhoïde, syphilis), de cachexie amenée par la misère, il est clair que toutes les mesures qui empêcheront le développement de ces maladies auront pour conséquence de diminuer le nombre des lypémaniaques. Mais ce sont là des questions d'ordre trop général pour que nous nous y arrêtions ici.

Il faut conseiller aux individus suspects de prédisposition névropathique d'éviter toutes les causes de surmenage physique ou moral. Dans les familles où se trouve un hypocondriaque ou tout autre mélancolique, il est prudent d'écarter, quand on peut le faire, les jeunes sujets, dans la crainte qu'ils ne soient victimes d'une contagion des idées morbides.

B. Traitement étiologique. — Les indications sont encore mal connues. On essaiera cependant,

1. Ed. Toulouse, *Les causes de la folie*, 1896, p. 345.

chaque fois qu'il le sera possible, de combattre le facteur apparent des troubles morbides. On réussira souvent — mais pas toujours — en mettant à l'abstinence les alcooliques; c'est surtout dans ces circonstances que le traitement étiologique sera efficace. On traitera aussi — le cas échéant — la syphilis, l'impaludisme. Il est indiqué de lutter contre les troubles apportés par les maladies viscérales (cœur, foie et reins), de relever la nutrition des convalescents et d'essayer de modifier celle des arthritiques, lorsque ces états morbides paraîtront provoquer les troubles mentaux. Nous ne croyons pas devoir insister sur ces indications générales que tout médecin a présentes à l'esprit, d'autant que certaines considérations sur ce sujet seraient forcément reproduites plus loin.

C. **Traitement symptomatique.** — Il faut l'entendre dans le sens de traitement des symptômes : nous divisons le traitement en moral et physique.

a. *Traitement moral.* — Une partie sera examinée à propos du régime; nous ne nous occuperons ici que des méthodes thérapeutiques propres à modifier, par le secours des émotions ou d'autres idées, l'état mental morbide. Ces modifications ne peuvent se faire que par l'intermédiaire de modifications somatiques parallèles. Aussi, est-il vrai de dire que ce traitement moral est un véritable traitement physique.

Lasègue [1] admettait deux méthodes : la méthode *raisonnante* et la méthode *sentimentale*. La première consiste dans l'emploi d'arguments propres à convaincre le malade, la seconde dans celui d'émotions capables de modifier l'émotion pénible habituelle du sujet. Ces deux méthodes se confondent souvent dans la pratique.

La discussion avec les malades est le plus souvent nuisible, car la folie diffère de l'erreur par l'impossibilité de la persuasion (Féré). Il est préférable d'accepter les idées délirantes, mais sans cacher qu'elles sont fausses. Il est nécessaire de gagner la confiance du sujet; et, pour cela, il faut paraître s'intéresser à lui, être bienveillant tout en montrant une certaine fermeté. On ne peut davantage espérer d'obtenir le changement du délire en le flattant. « Pinel rapporte que, pendant qu'il était médecin à Bicêtre, il fit simuler un tribunal, qui jugea un mélancolique qui se croyait coupable; ce stratagème réussit, mais ce succès fut de courte durée, par l'imprudence d'un indiscret qui dit à ce même homme qu'on l'avait joué [2]. » Esquirol disait qu'il n'y a pas de méthode générale, que tantôt il faut en imposer au malade et substituer une crainte réelle à une crainte imaginaire, et tantôt gagner sa confiance, relever son courage, lui rendre l'espérance. Mais il est bien certain que, pour en arriver

1. M. Féré, *Pathologie des émotions*, 1892, p. 546.
2. Esquirol, ouv. cité, t. I, p. 475.

là, il est nécessaire de connaître ses malades. Il vaut mieux pour ces derniers être en petit nombre, dans un établissement modeste et d'aspect peu confortable, mais entre les mains d'un médecin qui les soigne en père de famille, que dans des établissements luxueux, encombrés et où la discipline est trop sévère.

On a aussi essayé de changer le cours des idées par des procédés de force, quelque peu brutaux. Leuret [1], rétablissant la torture, demandait à ses délirants, maintenus sous la douche, s'ils persistaient à entendre des voix. Ce procédé, qui doit être condamné à cause de son caractère inhumain, était détestable comme moyen thérapeutique et ne provoquait le plus souvent que la dissimulation. Il appartient en somme à la méthode sentimentale, puisqu'il agissait par la crainte.

On a cité de nombreux faits d'amélioration amenée par des émotions [2]. Le cas d'Erasistrate, guérissant le fils de Séleucus en déterminant ce dernier à sacrifier à son fils son amour pour Stratonice, est très connu.

L'amour satisfait a bien souvent guéri les mélancoliques; c'est même la seule passion que l'on puisse employer sans trop de dangers en thérapeutique; encore les risques ne sont-ils pas nuls. Les effets de toutes les autres sont incertains et même dange-

1. Leuret, *Traitement moral de la folie.*
2. Esquirol, ouv. cité, p. 472.

reux. Cependant, la crainte et la terreur ont pu modifier favorablement un délire mélancolique. Une femme, qui se croyait damnée et avoir le diable dans le corps, fut guérie par la crainte des bains frais dont on la menaçait chaque fois que son délire réapparaissait[1]. « Les guérisons que l'on rapporte, dit Esquirol, et que l'on attribue à l'influence religieuse méritent d'être constatées. J'ai fait bien des tentatives, j'ai appelé à mon aide beaucoup et de bien respectables ecclésiastiques, mais rarement ai-je obtenu du succès[2]. »

Les émotions agissent par substitution un peu comme les convulsions dont Lorry disait : *Spasmo spasmus solvitur*. Il semble qu'une forte excitation du système nerveux le mette, comme le muscle dans le cas de l'excitation de son nerf, dans un état opposé à celui où il se trouvait primitivement.

L'*hypnotisme* est un moyen thérapeutique qui participe des deux méthodes étudiées plus haut. Déjà au commencement du siècle on employait le magnétisme pour guérir la folie. Esquirol[3], poussé par quelques enthousiastes, essaya le procédé et n'obtint aucune guérison. Dans ces dernières années, un certain nombre d'auteurs, parmi lesquels nous citerons M. Auguste Voisin[4], ont déclaré avoir

1. Esquirol, ouv. cité, t. I, p. 475.
2. Esquirol, ouv. cité, t. II, p. 472.
3. Esquirol, ouv. cité, t. I, p. 481.
4. A. Voisin, Sur la suggestion hypnotique dans le traitement des maladies mentales, *Rev. de l'hypnot.*, 1889-1891.

obtenu des résultats favorables. Cependant, récemment, M. Féré[1] fit de très nombreuses tentatives sur divers aliénés et ne put jamais mettre dans l'hypnose un seul sujet; M. Joffroy[2] a fait la même déclaration. Hors donc les cas d'hystérie il semble qu'il serait prématuré de considérer l'hypnotisme comme un moyen rendant des réels services dans le traitement de tous les états mélancoliques.

Une autre méthode, qui se rapproche de l'hypnotisme parce qu'elle met en œuvre une forme de la suggestion, consiste à lutter contre les idées délirantes par des moyens purement psychologiques, par exemple en essayant de leur substituer d'autres idées. Ce procédé, employé en Allemagne, n'a pas encore pénétré dans nos milieux hospitaliers.

Le véritable traitement moral de l'aliéné consiste, comme disait Morel[3], à diriger les sentiments des aliénés vers une activité convenable. Il faut les sevrer de toute émotion et de toute fatigue intellectuelle, les soumettre à la *diète morale* (Guislain). Qu'ils vivent dans un milieu égayé, affectueux, sympathique surtout.

En présence d'une mélancolie au début, bien des médecins sont tentés de conseiller toutes sortes de distractions : visites, théâtres, voyages, excursions, etc. Or, ce qu'il faut avant tout au malade,

1. Féré, *Pathologie des émotions*, 1892, p. 549.
2. Joffroy, Leçons professées à l'asile Sainte-Anne, 1897.
3. Morel, *Traité de maladies mentales*, 1860, p. 614.

c'est *le repos complet aussi bien physique qu'intellectuel et moral.* Il faut se rappeler que la tristesse du mélancolique n'est pas une tristesse normale et que toutes les impressions, toutes les excitations qui provoquent chez une personne ordinaire des sensations agréables, ne font, le plus souvent, chez le mélancolique, qu'exagérer la douleur morale. L'indication du repos est d'autant plus importante, qu'on se trouve en présence d'une hyperesthésie psychique plus acccentuée ou, en termes plus simples, d'un accès de mélancolie plus aigu.

Dans quelle mesure les distractions doivent-elles être conseillées? Il faut d'abord établir que les distractions seront simples, familiales, peu excitantes. Le théâtre ne convient pas toujours. « Le spectacle, disait Esquirol [1], ne saurait convenir aux aliénés, je le crains même pour les convalescents. » C'est aussi l'opinion de Guislain [2]. Morel [3] eut l'idée d'amener un jour au théâtre une mélancolique. « Pendant la représentation, raconte-t-il, la malade tournait le dos aux acteurs, continuait ses gémissements, s'enfonçait des épingles dans les chairs, et puis, faisant une explosion soudaine, me reprocha amèrement de donner en spectacle *une femme destinée à être brûlée pour ses crimes.* » Esquirol [4] eut les mêmes mésaventures.

1. Esquirol, ouv. cité, t. I, p. 138.
2. Guislain, Leçons orales, ouv. cité, t. II, p. 61.
3. Morel, *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 612.
4. Esquirol, ouv. cité, t. I, p. 138.

La musique ne calme pas toujours les mélancoliques et même peut les exciter; il faut donc en user sobrement et suivre des indications particulières à chaque cas. C'est pour cela que les concerts et autres spectacles donnés dans les asiles à une réunion de malades insuffisamment choisies ont fait souvent plus de mal que de bien. A Charenton, où l'on donnait au commencement du siècle des spectacles de ce genre, « il y avait peu de représentations, dit Esquirol [1], qui ne fussent signalées par quelque explosion violente de délire ou par quelque rechute... Ces moyens avec lesquels on abusa le public, en débitant que les fous eux-mêmes jouaient la comédie, n'obtint jamais l'assentiment du médecin en chef de cette maison, et Royer-Collard s'éleva avec énergie contre cet abus qu'il était parvenu à faire cesser. » Ces critiques pourraient s'appliquer à des faits plus récents.

Des considérations analogues peuvent être formulées au sujet des voyages dont certains aliénistes ont abusé. Au début, et dans les formes simples, le voyage, dirigé par un médecin, peut être utile à la condition de n'être pas une cause de surmenage. C'est dans ces cas physiques que Weir-Mitchell a conseillé la vie de camp. Mais lorsque la maladie est quelque peu grave, le voyage est une source de fatigues physiques et morales qu'il ne faut ordonner que prudemment.

1. Esquirol, ouv. cité, t. I, p. 138.

En résumé les distractions doivent être employées avec discernement. Il ne faut pas les choisir trop bruyantes, ni trop fatigantes; il ne faut pas non plus les imposer à un groupe de malades disparates et non sélectionnés. Pour cela, comme pour toutes choses, la distraction doit être surtout individuelle et familiale. Quelques morceaux joués par un violoniste dans un quartier d'aliénés feront quelquefois plus plaisir que les concerts d'apparat, qui entraînent une agglomération, un souci de tenue, et une discipline au total fâcheux. De même une promenade dans les environs de l'asile sera plus utile que le voyage dans un pays lointain.

L'*isolement*, c'est-à-dire la suppression du milieu où s'est développée la mélancolie, est indiqué. Le fait seul de se trouver loin des personnes avec lesquelles le sujet vit habituellement et qui ont assisté à l'évolution de sa maladie peut avoir les conséquences les plus heureuses. Seulement, il faut que dans le nouveau milieu où on le place il trouve un accueil aimable, plein d'attentions, de soins intelligents et dévoués. Alors le mélancolique changera le cours de ses idées, deviendra plus circonspect et se surveillera. Nous reviendrons sur ces points plus loin.

Parfois on se trouvera bien de l'isolement complet. « La solitude exerce un pouvoir mystérieux qui rétablit les forces morales épuisées par les passions[1]. »

1. Esquirol, ouv. cité, t. I, p. 470.

Mais on ne doit isoler ainsi que certains malades et particulièrement choisis; ce moyen thérapeutique employé sans discernement pourrait être nuisible.

Le malade étant isolé, il faut ensuite trouver aux mélancoliques une occupation convenable, quelques distractions, qu'on leur offrira de temps à autre et sans les forcer à les accepter. D'autre part, il est impossible de les abandonner à eux-mêmes à ce point de vue : n'ayant aucun désir, aucune volonté de se distraire, ils ne feront rien de leur propre initiative. C'est l'entourage qui doit les décider avec une douceur, une attention dont la sincérité ne doit pas leur paraître douteuse. Chose assez remarquable, les mélancoliques, tout en ayant sur le monde extérieur des notions souvent fausses, sont habituellement attentifs à ce qui est juste et sincère. Ils détestent le mensonge et l'hypocrisie, qu'ils reconnaissent facilement. Ils deviennent alors très méfiants avec les gens qu'ils jugent peu sincères et n'exécutent plus rien de ce que ces derniers leur conseillent de faire.

Qu'il y ait ou non isolement, il est indispensable d'exercer une *surveillance* continuelle sur les malades pour les empêcher de commettre des actes dangereux pour eux-mêmes et pour les autres. Il faut se rappeler que tout mélancolique peut à chaque instant attenter à sa propre vie ou devenir subitement un danger pour son entourage. Les malades mettent souvent une ruse et une patience

remarquables dans l'accomplissement de leurs projets de suicide. Aussi les personnes, appelées à soigner un mélancolique, doivent-elles avoir toujours présente à l'esprit la possibilité d'un pareil événement, alors même que le malade n'aurait pas encore exprimé des idées en rapport avec sa funeste résolution. Il est inutile d'ajouter qu'on doit se préoccuper, à tout instant, de ceux qui ne cachent pas leurs projets ou qui ont déjà antérieurement attenté à leur vie, car l'obsession du suicide présente souvent chez eux une telle intensité qu'ils profitent de la moindre distraction de leurs gardiens pour se livrer à leurs impulsions. « Il ne faut jamais se fier à un mélancolique », dit Schüle. Aussi ne doit-on jamais laisser à la portée de ces malades les moyens de se donner la mort; de simples cordons de jupes ont servi quelquefois à des femmes pour s'étrangler.

La camisole de force ne sert aucunement, dans ces cas, de moyen préservatif; nous nous prononçons en faveur du *no-restraint*, à condition que les malades soient surveillés avec la plus grande attention, — ce qui demande des gardiens suffisamment nombreux. Nous adoptons sur ce point l'opinion de M. Magnan.

Nous sommes convaincus que les malades ne doivent pas recevoir trop de visites de parents ou amis, surtout au début de la mélancolie. Bien souvent nous avons remarqué qu'après des entrevues,

surtout prolongées, le mélancolique redevient plus déprimé ou plus anxieux. Cependant il est presque toujours possible de montrer quelques instants leurs parents aux malades. Enfin les visites, de même que la correspondance, sont très utiles; mais pendant la convalescence encore faut-il veiller à ce qu'elles ne soient pas une cause de fatigue et de surmenage.

b. *Traitement physique.* — Il varie d'après les formes simples, agitées et stupides. Toutefois on peut dire, d'une façon générale [1], qu'il présente trois indications : relever la nutrition, calmer le système nerveux et soigner les complications gastriques et autres. Après avoir dit quelques mots sur le milieu climatérique et le régime des mélancoliques, nous passerons en revue les médications générales s'adressant aux complexus morbides, et les médications spéciales, visant certains symptômes.

Le *milieu extérieur* agit physiquement sur l'organisme qu'il modifie. Le mélancolique habitera une maison exposée au midi, c'est-à-dire à la chaleur et à la lumière. L'humidité, dont l'action est dépressive, sera évitée. Aussi vaut-il mieux ne pas vivre près des bois, et, quand on le peut, fuir, notamment dans les cas de mélancolie automnale périodique, les froids humides du début de l'hiver et s'en aller dans le Midi.

1. Schüle, ouv. cité, p. 35.

Les climats chauds réalisent une économie de combustion organique; les rayons chimiques qui s'observent dans les climats où le ciel est pur (mer, hauts plateaux) influent favorablement sur la nutrition. Enfin la lumière est un excitant certain, directement ou par la formation de l'ozone; aussi la nostalgie frappe-t-elle les enfants qui viennent de la campagne dans les villes. Pour toutes ces raisons, les stations méridionales seront conseillées et par exemple Pau et les diverses villes de Provence, de préférence celles qui sont le moins exposées au vent (de Hyères à Menton).

Les orages semblent augmenter transitoirement la tension artérielle et le nombre des globules [1]; mais leur influence totale est plutôt fâcheuse. Les hautes altitudes ne sont pas favorables aux mélancoliques; à ce point de vue les altitudes modérées (Évian, Divonne) ou les plaines (la Touraine) sont préférables. La mer est souvent contraire aux mélancoliques; il ne faut pas oublier que l'air marin (celui qui est saturé par les sels) n'existe plus à 500 mètres de distance du rivage et à 50 mètres d'altitude. De nos trois mers, celle du Nord conviendrait mieux l'été où l'humidité disparaît, bien qu'il y ait toujours de grands mouvements d'atmosphère; le golfe de Gascogne conviendrait assez bien l'automne; enfin la Méditerranée serait

1. M. de Fleury, *Épuisement nerveux*, p. 93.

très favorable l'hiver. La côte méditerranéenne, par la sécheresse de l'atmosphère, la lumière et l'ozone, est encore la meilleure pour les mélancoliques et la moins dangereuse. Il n'y faudrait pourtant pas envoyer, pas plus que sur tout autre point du littoral, les névralgisants et les anxieux. Ce sont les formes dépressives qui ont des chances de se trouver bien du climat marin. Ajaccio et Alger seraient encore moins excitants que la côte provençale.

Le *régime* est important : chez les mélancoliques, la propreté de la bouche et de tout le corps doit être très grande. Les vêtements et les chaussures seront chauds. Il sera bon de porter des gants pour lutter contre le refroidissement des extrémités.

Le tabac, comme tous les poisons, est plutôt nuisible.

L'alimentation sera surveillée de près. Étant donné que le mélancolique est sous le coup d'un épuisement général provoqué par l'insomnie, les émotions, l'alimentation insuffisante, les troubles gastro-intestinaux, etc., il est nécessaire de veiller tout particulièrement à l'état des forces de l'organisme. Il faut bien savoir que l'épuisement général est souvent le prélude de la tuberculose, surtout si l'individu a déjà quelque prédisposition spéciale. Aussi nous ne saurions trop insister sur l'extrême utilité qu'il y a à donner à tout mélancolique une nourriture fortifiante et facilement digestible.

La viande est contre-indiquée lorsqu'il existe un état saburral des voies digestives. Dans ce cas, les matières animales, mal digérées, seraient une source d'intoxications secondaires. La nourriture sera plutôt végétale [1]; peu ou pas de végétaux farineux. Le lait est un excellent aliment pour les mélancoliques, surtout lorsqu'il y a des troubles gastriques; la diète lactée est parfois utile [2]. Les légumes frais, les poissons, et surtout les fruits d'été (raisins [3]), qui ont guéri des mélancoliques (Van Swieten, Lorry), seront ordonnés. Les aliments doivent être bien préparés. « Un bon cuisinier est un aide pour tous, un plaisir pour beaucoup et une nécessité pour quelques-uns [4]. » Il ne faut pas oublier que seul nourrit ce que l'on digère. Il ne faut donc pas suralimenter sans raison et au delà des forces gastriques du sujet. Il faut surtout proportionner les aliments avec les thérapeutiques, qui, comme l'électricité ou l'hydrothérapie, font dépenser beaucoup. Il est préférable de faire faire des petits repas, car chaque alimentation excite mécaniquement tout l'individu (De Fleury).

Le malade mangera à des heures régulières et auparavant se livrera à un exercice au grand air. A la fin du repas le café pourra être ordonné; l'alcool est plutôt dangereux. Sauf dans quelques formes

1. Esquirol, ouv. cité, p. 467.
2. Baillarger, *Recherches...*, t. I, p. 621.
3. Esquirol, ouv. cité, p. 468.
4. Clouston, in Féré, *Pathologie des émotions*, p. 539.

torpides avec dénutrition considérable, le vin sera inutile et souvent nuisible au bon état des voies digestives. Le mélancolique fera bien de se reposer une heure après chaque repas pour faciliter l'afflux du sang à l'estomac. Il se livrera à des pesées fréquentes, ce qui l'encouragera.

L'exercice physique sera modéré; il faut éviter la fatigue, tout aussi bien que le repos absolu. Dans les cas de torpeur, on a conseillé les mouvements passifs. Il est bon de laisser les anxieux dépenser leur activité physique dans leur promenade agitée. Les promenades au grand air, les travaux de jardinage, la gymnastique, l'équitation, la chasse qui demande une rigoureuse surveillance à cause de l'emploi des armes à feu, les occupations de ménage même sont des exercices utiles. Le travail intellectuel, qui est un véritable travail physique, devra être encore plus modéré et ne se portera pas sur des objets propres à exalter l'imagination.

Le mélancolique se couchera de bonne heure dans une chambre, où le repos sensoriel pourra être assuré; il dormira beaucoup, huit à neuf heures si c'est possible. Le sommeil répare, calme et facilite l'élimination des produits toxiques. Le médecin s'opposera à ce que le malade veille la nuit et dorme le jour.

Les *médications générales*, qu'elles mettent en action l'air, l'électricité, l'eau ou certains médicaments toniques, agissent vraisemblablement de la

même manière. MM. Chéron et de Fleury [1] ont exposé cette théorie générale *mécaniste* que la plupart des agents thérapeutiques employés dans la neurasthénie relevaient les forces générales du sujet par l'intermédiaire du système nerveux. Celui-ci, tombé dans un état de fatigue chronique, d'hypoexcitabilité, était excité dans ses terminaisons périphériques par ces agents (air, lumière, eau, électricité, injections hypodermiques, massages gastriques, suralimentation); la preuve en serait que la plupart de ces agents provoquent les mêmes phénomènes d'hypertension et d'hyperglobulie (apparente). Nous devons cependant mettre à part quelques médicaments employés dans la mélancolie, par exemple les sédatifs et les antiseptiques, qui répondent à d'autres indications et n'agissent pas de la même manière.

La *lumière*, avons-nous dit, excite les neurasthéniques affaissés. D'après Ponza [2], contredit par Kent et Taguet, la lumière rouge exciterait les mélancoliques.

Les bains d'air comprimé ou encore les inhalations d'oxygène ont été conseillés, notamment comme excitants des glandes digestives [3]. Parmi les agents électriques c'est l'électricité statique qui, ainsi que le conseille M. Romain Vigouroux, donne les meilleurs résultats.

1. De Fleury, *Pathogénie de l'épuisement nerveux*, ouv. cité, p. 204.
2. Ponza, *Ann. méd.-psych.*, 1876, t. XV, p. 26.
3. Féré, *Pathologie des émotions*, 1892, p. 543.

L'hydrothérapie doit être employée avec prudence et seulement chez les malades capables de réagir. Les cures d'eau froide doivent toujours être courtes. Les sujets les plus fatigués se trouveront mieux de la douche écossaise. Les bains chauds dilatent le système vasculaire périphérique, augmentent l'urée et diminuent l'acide urique. Courts, ils sont toniques et excitants, prolongés durant deux à trois heures, ils sont sédatifs. Dans ce cas on se trouvera bien de les donner le soir pour assurer une bonne nuit. Les médecins qui emploient systématiquement le séjour au lit ont remarqué que ce traitement remplaçait les bains prolongés.

Révulsifs. — On a souvent employé les révulsifs, les vésicatoires, l'urtication, les sétons à la nuque. Chez les mélancoliques anxieux, Kovalevsky [1] a employé avec succès de petits vésicatoires à la nuque.

On a aussi fait usage des pointes de feu sur la colonne vertébrale, des sinapisations étendues, ou encore des pulvérisations de chlorure de méthyle, de la flagellation aux orties, etc. Jadis on essayait de rappeler les maladies de peau.

Le massage a été conseillé par John Mittchel de New-York dans les états neurasthéniques; on pourrait en user dans les stupeurs avec catatonie. On donne aussi du fer, surtout des proto-sels (pro-

1. Kovalevsky, ouv. cit., p. 42.

toxalates), ainsi que le conseille M. Hayem dans les anémies, de l'arsenic, de l'iodure de fer chez les lymphatiques, de l'ergot de seigle (Féré) ou des excitants diffusibles comme des boissons aromatiques.

Les injections sous-cutanées ont des effets immédiats : accroissement des forces, hausse de la pression, relèvement de l'état mental (M. de Fleury). Ces effets seraient obtenus avec n'importe quel liquide, pourvu qu'il ne soit pas toxique, et seraient donc d'ordre mécanique (Chéron)[1].

On peut donner par exemple tous les jours une injection de 5 gr. de la solution suivante :

Chlorure de sodium.........	0 gr. 50
Eau distillée stérilisée........	100 gr.

Les sérums naturels, par exemple ceux de chien, semblent jouir de propriétés analogues, ainsi que nous l'avons constaté. Dans ces derniers temps on a employé des extraits d'organes, le liquide testiculaire (Mairet), le liquide nerveux (Constantin Paul). L'action de ces médications hypodermiques a une durée courte.

Les *sédatifs* sont employés dans toutes les formes avec agitation et surtout dans les formes anxieuses. Les bains, dont nous avons parlé plus haut, ont joui jusqu'à ce jour d'une très grande faveur. Certains

1. Chéron, *Loi de l'Hypodermie*, 1892.

médicaments sédatifs agissent surtout comme hypnotiques; nous les retrouverons plus loin. L'hyoscine, employé en Allemagne par Nacke, est réellement un sédatif général. M. Magnan[1] l'emploie souvent pour combattre l'agitation de certains mélancoliques. Il fait dans ces cas l'injection d'une demi-seringue de Pravaz (soit 1 milligramme du médicament) de la solution suivante :

Chlorhydrate d'hyoscine......	0 gr. 05
Eau distillée.................	25 gr.

Les antiseptiques et antipyrétiques agissent contre l'élément infectieux ou auto-infectieux qu'on trouve souvent dans certains états mélancoliques. Lorsqu'il y a quelque peu d'élément fébrile, il est indiqué de donner du sulfate de quinine, employé déjà par Guislain[1] et plus récemment par M. Magnan (50 centigrammes en un cachet en une fois).

Le naphtol doit être réservé dans les cas où il existe un état saburral des voies digestives. Les diurétiques et notamment les infusions d'eau chaude aromatisée luttent aussi contre les infections.

Traitement par le lit. — Une méthode de thérapeutique générale qui tend à entrer de plus en plus dans la psychiatrie est le traitement des aliénés par le séjour au lit.

Le traitement par le lit des mélancoliques a été

1. Magnan, *Leçons cliniq.*, ouv. cité, p. 420.

tout d'abord employé en Belgique par Guislain [1], puis en France par Falret père [2] et plus récemment par MM. Belle et Lemoine [3]. Mais ce traitement n'a jusqu'à ces derniers temps, où il a été appliqué par M. Magnan, jamais été employé chez nous, d'une façon systématique [4].

Préconisé en Allemagne il y a trente ans environ par Ludwig Meyer, appliqué par Neisser à l'asile de Leubus d'une façon un peu exclusive, par Schüle, par Krafft-Ebing, introduit dans un certain nombre d'asiles russes, ce traitement s'applique principalement : 1° à des malades agités, si violents qu'ils soient, dans la phase aiguë ou chronique de leur affection, ce qui permet de rendre inutiles les cellules ; 2° à des aliénés présentant de la confusion mentale, de la stupeur, de la dépression très accentuée ; 3° à des malades épuisés, fatigués, gâteux ; et 4° à tous les aliénés atteints d'une affection somatique quelconque.

Les mélancoliques, qui appartiennent souvent au point de vue symptomatique à l'une ou à l'autre de ces catégories, peuvent donc dans bien des cas être soumis avec profit à ce traitement.

En partant de ce principe que tout mélancolique est, dès le début de son affection, un homme fatigué

1. Guislain, *Leçons......*, ouv. cité, t. III, p. 22.
2. J.-P. Falret, *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*.
3. Belle et Lemoine, *Ann. méd.-psych.*, 1888.
4. M. Joffroy a essayé le traitement par le lit chez les paralytiques généraux et l'applique actuellement à certains mélancoliques.

aussi bien au point de vue physique qu'au point de vue psychique, il semble rationnel en effet de le soumettre au repos. Les indications pressantes du traitement par le lit sont : l'état de dénutrition, le ralentissement de la circulation, l'agitation, la stupeur, l'insomnie, les idées de suicide. Les contre-indications n'existent pour ainsi dire pas. Si les malades sont malpropres, on les surveille et on les change. S'ils se masturbent, il n'y a qu'à redoubler de surveillance. La constipation est facilement combattue par quelques légers laxatifs. On a parfois cru remarquer une anémie survenue par l'absence d'exercice au grand air; dans ce cas on pourrait transporter les malades à l'air libre et les masser ou leur faire faire des mouvements passifs. Parfois il sera nécessaire de leur faire prendre un peu d'exercice volontaire.

Les avantages du repos au lit sont les suivants : les forces se relèvent [1], le cœur bat plus fort et plus régulièrement, la cyanose des extrémités disparaît, la circulation cérébrale est plus aisée, la température se relève. Les maladies viscérales sont plus aisément dépistées, à cause de l'examen plus facile au lit. Les tentatives de suicide sont à peu près impossibles. Au point de vue mental les avantages sont considérables : le sommeil est meilleur, la douleur morale se calme, l'agitation s'apaise. Le malade

1. D'après M. Hayem, le repos au lit chez les chlorotiques empêche la destruction des globules rouges.

doit être couché dans son lit et non assis et, dans aucun cas, ne doit être attaché. Quelques médecins font lever pendant une heure ou deux leurs malades. Lorsque la convalescence arrive, il faut diminuer progressivement les heures de repos. Le traitement par le lit ne dispense pas des autres traitements, des hypnotiques, etc.

On dira qu'un malade très agité se soumettra difficilement à une pareille méthode et voudra continuellement quitter le lit. Mais en habituant petit à petit le mélancolique à ce traitement, en lui expliquant tous les avantages qu'il en retirera, en l'entourant d'autres malades traités de la même façon, on finira par le convaincre. Il importe toutefois de bien assortir les malades qu'on désire soigner par cette méthode. En mettant dans une salle un malade bruyant au milieu d'autres qui sont calmes, on trouble le repos de ces derniers, et le but principal qu'on désire atteindre est de la sorte compromis.

M. Magnan expérimente depuis deux mois, dans sa division des femmes à Sainte-Anne, le traitement par le lit et se déclare satisfait. Il fait coucher toutes ses mélancoliques en leur disant qu'elles ont de la fièvre, de l'embarras gastrique, une affection quelconque pour laquelle le repos est nécessaire. Quand l'agitation est grande, il met à côté de la malade des gardiennes en nombre suffisant pour la maintenir couchée. Les convalescentes aident les gardiennes avec un dévouement remarquable. Au

début les malades se lèvent, puis elles se trouvent bien au lit, et la surveillance nécessaire est de moins en moins grande. M. Magnan emploie aussi, concurremment avec le lit, l'hyoscine, le sulfate de quinine, le chloral. Nous avons pu nous rendre compte des excellents effets obtenus par M. Magnan ; et l'un de nous se propose d'expérimenter cette méthode thérapeutique dans son service de Villejuif.

M. le Dr Sérieux [1], qui a eu l'occasion de voir beaucoup d'asiles où ce traitement est pratiqué et qui nous a donné certains renseignements utilisés dans ce chapitre, est un partisan convaincu de l'excellence de ce moyen.

« Le traitement, dit-il [2], a pour conséquence de faire considérer l'aliéné comme un malade ordinaire par le personnel, par les familles. Enfin, l'application systématique du traitement par le lit aux psychoses aiguës a ce résultat qu'il ne faut pas dédaigner de transformer complètement la physionomie de l'asile. La bruyante et funeste « renfermerie » de fous où tout : discipline uniforme, murs élevés, grilles, barreaux, saut de loup et camisoles, où tout fait sentir la présence d'un geôlier ingénieux, alors que si rarement apparaît l'intervention du médecin, la garderie d'aliénés, l'établissement de détention tel qu'il se rencontre trop souvent en France, même

1. Sérieux, *L'assistance des alcooliques en Russie, en Allemagne, en Autriche*, 1894.
2. Article inédit.

dans le département de la Seine, toutes ces survivances odieuses et tenaces du passé, disparaissent et à leur place se substitue un véritable hôpital, une maison de traitement pour les maladies mentales, où règne le calme qui convient à un établissement hospitalier, et où les préoccupations d'ordre médical, au lieu d'être sacrifiées, priment toutes les autres.

« Profondément convaincu des avantages de toutes natures que présente le traitement par le lit, nous ne craignons pas d'affirmer, sans crainte d'être taxé d'exagération, que ce mode de traitement des psychoses aiguës est appelé à prendre rang avec le *no-restraint*, l'*open-door*, la *colonisation des aliénés*, parmi les conquêtes les plus importantes de la psychiatrie contemporaine. »

Les *médications spéciales* s'adressent à un symptôme. Parmi les troubles nerveux, les névralgies qui accompagnent si souvent les états hypocondriaques seront soignées par l'antipyrine ou localement par le chlorure de méthylène, le chloroforme, etc.

Les *hypnotiques* sont nombreux. Nous rappellerons le séjour au lit, le repos sensoriel, l'habitude régulière du sommeil, le bain, les boissons aromatisées. Certains remèdes, les sinapismes à l'estomac, les frictions de la peau, les bains de pied, réalisent l'anémie cérébrale, la condition principale du sommeil (Féré). Le froid aux pieds donne quelquefois l'insomnie.

L'*insomnie*, qui joue un si grand rôle dans l'épui-

sement psychique et physique du mélancolique, ainsi que dans la genèse des conceptions délirantes et des troubles sensoriels, doit être tout particulièrement combattue. Le médicament qui paraît être efficace contre l'insomnie des mélancoliques c'est l'*opium*. Des cliniciens comme Erlenmeyer, Roller, A. Voisin, Schüle, l'utilisent le plus fréquemment sous la forme d'injections sous-cutanées de *chlorhydrate de morphine*, en commençant par des doses faibles, 5 milligrammes et même moins, et en allant progressivement jusqu'à 10 à 15 centigrammes. D'après M. Voisin, on a rarement à redouter les effets de l'accoutumance [1]. L'*extrait d'opium* ou le *laudanum* pourront être administrés avec grand avantage chez les malades qui acceptent les médicaments; on les donne à la dose de 0,05 gr. dans un julep. L'*hydrate de chloral* rend d'excellents services pour combattre l'insomnie, mais il est dangereux à cause de son action vaso-paralysante.

L'un de nous a dans trois cas expérimenté le *sulfonal* [2]. Dans un cas de délire mélancolique datant de huit ans, l'effet du sulfonal a été d'autant plus remarquable que la malade, âgée de vingt-huit ans, souffrait d'une insomnie absolue; pourtant la première nuit, avec 2 grammes de ce médicament, elle a

1. A. Voisin, *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, Paris, 1889, p. 684.

2. Roubinovitch, Du sulfonal chez les aliénés, 1890. Édition du *Progrès médical*.

dormi neuf heures et demie. La dose de 3 grammes a produit chez elle un sommeil très lourd et prolongé pendant dix heures; en outre, pendant toute la journée, elle était somnolente et fatiguée. En employant pour cette malade la méthode de M. Mairet [1], c'est-à-dire en administrant le médicament un jour à dose assez élevée, et les jours suivants à dose beaucoup plus faible (0 gr. 50 centigrammes), on pouvait prolonger le traitement pendant six, neuf jours consécutifs sans observer le moindre accident, ainsi que le montre le tableau ci-contre.

Une autre observation concerne une mélancolique de trente-deux ans, qui, dans un paroxysme de douleur morale, s'était jetée par une fenêtre du second étage. Dans sa chute elle se fractura les membres inférieurs et le bras gauche. Le sulfonal, même à la dose de 3 grammes, ne parvenait pas à produire le sommeil chez cette malade, et cela à cause de la douleur occasionnée par les fractures multiples. Pour obtenir le sommeil il fallut d'abord calmer cette dernière par des injections de morphine à la dose de 1 à 2 centigrammes. C'est à cette condition qu'avec 2 grammes de sulfonal on arriva à procurer à la malade de cinq à six heures de sommeil par nuit. La morphine seule calmait la douleur, mais ne produisait aucun effet soporifique. Sauf l'état grave de la malade à cause de ses fractures et de son escarre, nous

1. A. Mairet, Étude physiologique du sulfonal, *Bullet. méd.*, 1889, p. 16 et suiv.

n'avons observé aucun accident qu'on pût rattacher au sulfonal, qui a été donné pendant quinze jours consécutifs à la dose de 1 à 3 grammes. En outre nous avons pu constater que ce médicament donné dans la journée à dose fractionnée de 25 centigrammes d'heure en heure ne calmait nullement les sensations douloureuses.

Traitement par le sulfonal.

JOUR d'administration du sulfonal.	DOSE	NOMBRE d'heures écoulées avant le sommeil.	NOMBRE d'heures de sommeil obtenu.	PHÉNOMÈNES insolites concomitants ou consécutifs.
22 déc. 1889.	2 gr.	2 h.	9 h. 1/2	»
23 —	1	2 1/2	8	»
24 —	1	2	8 1/2	»
25 —	0,50	»	4	»
26 —	1	2	8	»
27 —	1	3	7	»
28 —	0,25	»	6	»
29 —	0,25	»	5	»
30 —	0,25	»	4	»
10 janv. 1890.	3	1	10	Somnolente pendant toute la journée du 11.
11 —	1	1	9	»
12 —	1	1	9	»
13 —	»	»	9	»
14 —	»	»	6	»
15 --	»	»	6 1/2	»

Enfin, nous avons employé avec succès le même médicament chez une autre malade, atteinte de délire mélancolique avec préoccupations hypocon-

driaques. Un ou deux grammes suffisaient largement pour assurer à la malade huit heures de sommeil.

Parmi les autres hypnotiques pharmaceutiques nous citerons le camphre (5 à 15 centig.), la paraldéhyde (1 à 4 gr.) l'eau de laurier-cerise (10 à 20 gr. dans du lait, Baillarger), la chloralamide (1 à 3 gr.) et le sulfate de duboisine (Nacke).

Mais de tous les traitements, celui qui paraît réussir le mieux pour combattre l'insomnie, ce sont les bains tièdes prolongés pendant une ou deux heures, et donnés avec surveillance. La température du bain varie entre 30° et 32° centigrades. En ayant soin de mettre autour du front des compresses froides, M. Ball [1] conseillait, dans la mélancolie avec stupeur, des bains de moutarde. Si la circulation cérébrale semble mal se faire, on emploiera les bains de pieds, de mains, les compresses froides, les sangsues derrière la tête.

L'iodure de sodium calmerait l'angoisse précordiale à cause de ses effets vaso-dilatateurs sur la circulation périphérique.

Le ralentissement des mouvements respiratoires et cardiaques, tout en étant la conséquence de l'état psychique, mériterait des soins spéciaux. D'après Tigges [2], de Vatteville [3], Engelskjon [4], l'électrisation

1. B. Ball, *Leçons sur les maladies mentales*, 2e édit., 1890, p. 274.

2. Tigges, Action du courant continu sur le plexus sym-

sous toutes ses formes pratiquée sur les muscles intercostaux et sur le diaphragme pourrait rendre à ce point de vue des services très sensibles.

Il sera bon de surveiller les fonctions menstruelles, sans trop chercher à les rappeler.

La continence serait parfois fâcheuse. Aétius avait vanté le coït comme thérapeutique; on a cité des cas où l'évacuation spermatique aurait eu des effets curateurs [1].

Les escarres que certains stupides présentent parfois sont souvent le résultat de séjour au lit trop prolongé. Aussi faut-il surveiller les malades susceptibles de s'entamer et est-il prudent de les faire lever dans la journée. Une autre condition favorable à la production des escarres et par conséquent à éviter, c'est l'humidité entretenue par les urines dans les cas de gâtisme, qui se montre parfois d'une manière épisodique dans les états de stupeur. Il est indiqué de changer et de laver immédiatement tout malade qui vient de gâter; c'est la véritable prophylaxie des escarres.

Mais les fonctions digestives sont celles qui demandent le plus de soins. Le manque d'appétit

pathique dans la mélancolie, *Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, B. XXXIV, H. 6.

3. De Vatteville, De la faradisation dans le traitement de la mélancolie, *The journ. of ment. Sc.*, 1885, n° 1.

4. Engelskjon, Le courant continu dans la mélancolie, *Arch. f. Psychiatrie*, B. XVI, H. 1.

1. Esquirol, ouv. cité, t. I, p. 471.

peut être traité par les amers (solution de quinquina). On donne aussi de la strychnine et de la limonade chlorhydrique pour remplacer l'acide chlorhydrique libre diminué dans les états neurasthéniques (Bouveret). D'autres prescrivent, au contraire des alcalins; et certains préconisent le lavage de l'estomac avec l'eau de Vichy.

La constipation, qui peut provoquer d'autres troubles, sera combattue à l'aide des eaux laxatives légères (eau de Sedlitz), données à la dose d'un petit verre à Bordeaux, et des poudres laxatives comme la *cascara sagrada*, prise au milieu de chaque principal repas à la dose de 20 ou 30 centigrammes. Les purgatifs aloétiques et résineux ont été conseillés par Marcé. Les lavements d'eau froide chaque matin sont utiles bien souvent. Il est rare, lorsqu'on surveille le malade, d'être obligé d'en arriver au curettage du bol fécal.

Bien souvent l'alimentation ne peut être faite qu'avec la plus grande difficulté, à cause du refus formel de la part du malade. Or, pour vaincre cette tendance dangereuse, il faut trouver la cause du refus et pour cela se livrer à un examen minutieux. Cette cause est très variable. Tantôt c'est une simple inflammation catarrhale de la bouche, de l'estomac, de l'intestin. En traitant cette inflammation, le refus d'aliments disparaît. Une constipation rebelle peut aussi être la cause de l'anorexie; dans ce cas, un purgatif salin fait revenir l'appétit. Le lavage de

l'estomac (Bellencourt, Rodrigues, Régis), a parfois, en réalisant l'antisepsie des voies digestives, rendu de bons services.

Mais, à côté de ces causes purement physiques du refus d'aliments, il y a les causes psychiques. Parfois chez les débiles, par exemple, le refus est une sorte de protestation irraisonnée du malade contre toutes les impressions désagréables qui l'assaillent. Dans ce cas, il faut feindre de ne pas s'apercevoir de cette attitude du sujet : et l'on arrive avec un peu d'habileté à le faire manger tout seul. On laisse comme par mégarde quelque nourriture à sa portée, et très souvent il y goûte quand il est convaincu que personne ne le voit.

Dans la mélancolie avec stupeur, le refus d'aliments est la conséquence de l'arrêt général des fonctions psycho-sensorielles. Le malade ne sent aucun besoin de manger ; car les représentations mentales correspondantes à cet état physiologique ne paraissent pas se former dans sa conscience. Il serait alors dangereux d'abandonner le patient à lui-même ; dans les cas de ce genre, il suffit quelquefois de rappeler au malade, d'une voix ferme et énergique, qu'il faut manger, pour qu'il obéisse à cette injonction. D'autres fois l'intervention doit être plus active et on aura recours à l'alimentation par le biberon ou par la sonde œsophagienne.

Chez certains mélancoliques le refus de nourriture est motivé par des conceptions délirantes, par

exemple de nature religieuse : ils sont de grands coupables envers Dieu, ils doivent faire leur salut par un jeûne prolongé, etc. D'autres obéissent à des idées d'humilité : ils sont indignes de manger, ils ne veulent pas priver de nourriture les personnes qui les entourent et qui la méritent bien plus qu'eux. Chez les mélancoliques négateurs, le refus d'aliments est motivé par cette conception qu'il n'y a plus de nourriture dans le monde entier, que tout a péri ou bien qu'ils n'ont rien et qu'ils ne peuvent par conséquent pas payer ce qu'on leur présente. Les illusions, les hallucinations du goût et de l'odorat, en créant des conceptions relatives à l'empoisonnement de la nourriture, à sa putréfaction, donnent également lieu au refus d'aliments. Dans la mélancolie hypocondriaque, le même symptôme s'explique souvent par les troubles de la sensibilité générale et les conceptions délirantes qui en dérivent : l'intestin est bouché, l'estomac desséché, tous les organes sont putréfiés. D'autres fois, le malade obéit à des hallucinations auditives qui lui ordonnent de ne pas manger.

Enfin le refus d'aliments peut être la conséquence d'une idée de suicide. Mais ce moyen est rarement employé et n'est d'ailleurs pas aisé; la privation de nourriture est en effet difficile à supporter. Une de nos mélancoliques nous a affirmé qu'elle a essayé bien des fois de se laisser mourir de faim; mais les souffrances étaient trop grandes et elle

était obligée d'accepter la nourriture qu'on lui présentait.

D'une façon générale, il faut remarquer que lorsque le refus de nourriture correspond à une conception délirante, à des hallucinations ou à des idées de suicide, il est nécessaire de recourir à l'alimentation forcée. Dans tous les cas il exagère le délire.

Alimentation artificielle. — Les moyens employés pour nourrir de force les malades sont nombreux. Nous croyons utile de les décrire ici avec quelques détails. Avant de les employer, il faut toujours essayer de les persuader au sujet de la nécessité de prendre volontairement de la nourriture. Le médecin, ou quelque autre personne, qui a de l'autorité auprès du malade ou en qui celui-ci a confiance, doit présenter lui-même un aliment, du lait par exemple ; en insistant avec douceur et fermeté tout à la fois, on arrivera bien souvent à convaincre le mélancolique. Si ce moyen échoue, on prévient le malade qu'on va forcer sa résistance. On lui représente qu'on arrivera à l'alimenter malgré lui ; et parfois la peur de la sonde, que l'on décrit, le décidera *in extremis.* Dans le cas contraire, on essayera tout d'abord les moyens les plus simples et les plus doux.

Le malade étant assis, une serviette nouée autour de son cou, l'on renverse sa tête en arrière, en lui faisant tenir les mains si cela est nécessaire. Puis on introduit entre les mâchoires et on laisse à

demeure pendant tout le temps du repas une cuillère dont la concavité est placée en haut. On verse alors le liquide alimentaire (du lait) à l'aide d'une seconde cuillère dans la première. Mais il arrive, si l'on a affaire à un mélancolique bien décidé à refuser tout aliment, que ce dernier contracte le pharynx et soulève la base de la langue, ce qui empêche le liquide d'arriver dans l'arrière-gorge et de provoquer la déglutition.

Si l'on échoue par ce moyen, on peut essayer, le malade étant dans la même position et maintenu si cela est nécessaire, de lui verser le liquide par les narines, à l'aide d'un biberon ou d'une théière. Au moment ou le liquide arrive dans le pharynx, un mouvement réflexe de déglutition se produit et il est entraîné dans les voies digestives. Aidé d'un personnel suffisant, bien dressé, on réussit quelquefois à alimenter les mélancoliques avec ce procédé qui permet d'éviter l'introduction toujours délicate d'instruments et de sondes dans les cavités buccale ou nasale. Hâtons-nous d'ajouter d'ailleurs que si ce moyen offre des avantages chez certains mélancoliques encore dociles, il est rendu impossible chez d'autres, grâce à un subterfuge qu'ils apprennent à employer après la première ou la seconde application. Au moment précis où ils sentent arriver le liquide dans l'arrière-gorge ils contractent fortement le pharynx et placent la base de la langue au devant du pharynx. De cette manière,

l'aliment rencontre une barrière infranchissable et se trouve, presqu'immédiatement après, rejeté par la bouche.

Le procédé le plus sûr dans les cas difficiles, et le plus en usage depuis Esquirol, est l'introduction d'une sonde dans l'œsophage et dans l'estomac lui-même. Elle peut se faire par la bouche ou par le nez. L'introduction d'une sonde par la bouche est souvent très difficile chez les sitiophobes, et l'on en comprend les raisons. Les mélancoliques, bien décidés à ne pas s'alimenter, ne veulent pas écarter les mâchoires. En supposant qu'on parvienne à introduire la sonde dans la bouche, il est très difficile de la conduire jusqu'au pharynx, car le malade peut couper la sonde avec ses dents et la rejeter, ou encore mordre le doigt du médecin qui l'enfoncerait dans la bouche du sujet pour guider son instrument.

Nous ne ferons que mentionner un certain nombre d'instruments dont on se servait autrefois pour écarter les mâchoires d'une façon plus ou moins violente. La « bouche d'argent », due à l'invention de Brasseur ou de Billot, et l'instrument en bois dont se servait Belhomme sont complètement abandonnés aujourd'hui : non seulement ces appareils ne peuvent rendre aucun service, mais la violence qu'ils exigent peut devenir dans certains cas la cause d'accidents regrettables, tels que des fractures de dents.

On pourrait peut-être se servir dans certains cas du spéculum laryngien de Labordette, qui, ainsi que l'a indiqué M. Auguste Voisin, permet de dilater suffisamment la bouche pour conduire la sonde jusqu'à l'œsophage en se guidant avec un doigt. Cependant il est bon de le répéter, tout appareil présente de sérieux inconvénients; un bouchon en liège, introduit en coin, est le seul vraiment inoffensif. Quant il faut alimenter des mélancoliques indociles, on introduit la sonde œsophagienne par le nez — procédé de choix.

Il faut choisir, pour cette petite opération, une sonde en gomme, de consistance molle ou demi-molle, mais plutôt molle, d'un diamètre à 6 à 10 millimètres, et d'une longueur de 50 à 70 centimètres environ. Nous préférons les sondes longues pour les mettre en communication avec un entonnoir en verre ou en métal nickelé, qui, placé plus ou moins haut au-dessus de la bouche du malade, permet de graduer la pression d'une façon moins aveugle qu'on ne peut le faire avec les irrigateurs Eguisier, employés aussi. L'entonnoir permet en outre d'essayer la sonde avec de l'eau avant d'introduire le liquide alimentaire; il est plus facile à tenir propre; enfin, réuni à la sonde par un tube intermédiaire, il donne la possibilité de faire le lavage de l'estomac avant l'alimentation artificielle. Pour rendre son passage plus aisé, il existe des mandrins dont on a fait un nombre considérable de modèles.

Nous nous sommes toujours bien trouvés de modèles assez vieux, des deux mandrins, l'un en baleine, l'autre en fil de fer, de Baillarger. Disons d'ailleurs tout de suite qu'il ne faut avoir recours à l'aide du mandrin que dans les cas extrêmement difficiles, dans ceux où, malgré toute la patience et l'habileté de l'opérateur, le malade parvient à empêcher, avec sa langue pelotonnée dans son arrière-bouche, l'introduction de la sonde. Dans tous les autres cas, la sonde ordinaire suffit sans aucun mandrin. Il est utile seulement, vu le trajet qu'elle doit parcourir dans les fosses nasales, d'imprimer à son extrémité une légère courbure à concavité inférieure.

Le malade est préalablement assis [1] et maintenu de chaque côté par un aide. Parfois il est nécessaire qu'un troisième aide maintienne la tête du patient, autour du cou duquel on a mis une serviette. L'opérateur se place à droite du malade. Après avoir bien enduit de vaseline boriquée la sonde préalablement recourbée dans la partie qu'on va engager dans le trajet sinueux, on l'introduit doucement et par petits coups dans la même narine [2], la plus commode, pour plus de facilité et moins de douleur.

1. Le malade étant assis ou demi-couché, les accidents sont moins à redouter, et il vomit plus difficilement.

2. Si la narine s'écorche, il faut changer de côté. L'atrésie des narines est quelquefois un obstacle sérieux. Si le passage de la sonde détermine une hémorragie nasale, on l'introduit ultérieurement par la bouche.

Il arrive que la sonde se replie sur elle-même, soit sous l'influence des mouvements désordonnés de la langue, soit sous l'influence des spasmes du pharynx. Quelquefois, quand on opère avec une sonde molle, on croit l'avoir introduite dans l'estomac, quand en réalité elle s'est pelotonnée dans l'arrière-bouche ou dans la bouche. On se rend rapidement compte de cette erreur par la sensation de résistance que l'on éprouve en essayant de pousser la sonde plus profondément. Si par hasard, on n'éprouvait pas cette sensation, un autre fait viendrait avertir que la sonde n'est pas entrée dans l'œsophage : si on essaye de faire pénétrer un peu d'eau, cette dernière ne passe pas. Quand on a constaté que le liquide ne descend pas, il faut retirer la sonde et recommencer l'opération.

Un accident beaucoup plus important à éviter est la pénétration de la sonde dans les voies respiratoires. Les effets habituels et immédiats de cette fausse manœuvre sont une suffocation accompagnée d'une série d'accès de toux, l'aphonie et tous les signes d'une asphyxie commençante. Il est utile toutefois de se rappeler que certains mélancoliques offrent une anesthésie des muqueuses laryngée et trachéale tellement profonde que l'introduction d'un corps étranger dans les voies aériennes ne détermine aucun réflexe. Il est donc possible — et cela est arrivé — que chez les malades, la sonde pénètre dans la trachée alors que l'opérateur, non

averti par la toux quinteuse du patient, croit qu'elle est dans l'œsophage. Poursuivant alors son trajet vicieux la sonde sera arrêtée soit au niveau de la bifurcation des bronches, soit à l'extrémité d'une des deux grosses bronches. On imagine facilement le danger de cette fausse manœuvre, surtout si voulant aller vite on pousse la sonde avec une certaine précipitation : il peut en résulter des perforations d'une gravité extrême.

Nous avons à notre disposition plusieurs moyens pour reconnaître cette fausse manœuvre. Un signe, dont la valeur n'est pas absolue, est la sortie de l'air par l'extrémité libre de la sonde. On a objecté avec raison que dans bien des cas l'extrémité de la sonde plongée dans la trachée était obstruée par quelques mucosités, ce qui rendait difficile ou même impossible la pénétration de l'air dans la sonde. D'autre part il arrive que de l'air sorte par l'extrémité libre de la sonde alors que cette dernière est bien dans l'œsophage ; l'estomac peut en effet être rempli de gaz et les chasser, sous l'influence des mouvements du diaphragme, dans la sonde. Aussi, tout en tenant compte de ce signe, est-il nécessaire de se fier à d'autres symptômes pour éviter la fausse route.

Si la sonde est dans la trachée, on détermine, en fermant avec le doigt le pavillon de la sonde, un commencement d'asphyxie. Mais un des meilleurs symptômes qui puissent avertir du danger est la suffocation résultant du contact d'un corps étranger

avec la muqueuse laryngée. Mais quelquefois cette suffocation ne se produit qu'un certain temps après que le tube a obstrué le larynx; c'est pourquoi nous conseillons de s'arrêter après l'introduction de l'instrument pendant un petit moment, pour constater que le malade respire bien. En outre, pour être tout à fait sûr que la sonde suit le trajet normal, on doit introduire par l'entonnoir quelques gouttes d'eau. Si un accès de toux se produit et que l'on entende un gros râle trachéal, c'est que celle-ci a pénétré dans les bronches et que la sonde est par conséquent mal placée; si la respiration n'est nullement troublée, l'opération commencée peut continuer sans danger. Foville propose, dans les cas douteux, de recourir à un autre moyen qui consiste à « pousser par le pavillon de la sonde, soit avec la bouche, soit autrement, une assez grande quantité d'air, et en même temps à faire pratiquer l'auscultation de la région épigastrique, et des parois thoraciques [1] ». Il est évident que si la sonde est dans l'œsophage on entendra grâce à ce procédé, un bruit dans l'estomac; si, au contraire, elle s'était engagée dans le larynx, l'arrivée du flot d'air serait entendu au niveau des poumons. Mais c'est là un moyen peu pratique.

Il arrive parfois que l'eau ne passe pas, bien que la sonde ne soit pas dans la trachée. Il suffit alors

1. Ach. Foville, Lypémanie. Article du *Nouveau Dict. de Méd. et de chir. prat.*, t. XXI, p. 130.

de retirer légèrement la sonde, qui est ordinairement recourbée en un endroit, pour rétablir l'écoulement du liquide. D'autres fois, elle est bouchée à son extrémité interne par des mucosités; il faut alors la retirer, la nettoyer et la réintroduire.

On est averti que la sonde est dans l'œsophage et qu'elle n'est ni coudée ni obstruée quand l'eau descend régulièrement et avec une certaine vitesse. Alors on la réunit avec l'indicateur Eguisier, ou, ce qui est mieux, on la laisse en rapport avec l'entonnoir. Dans le premier cas il faut ouvrir modérément le robinet de façon à ce que le liquide n'arrive pas brusquement dans l'estomac; il ne faut pas augmenter ultérieurement la vitesse, afin que ce viscère se dilate progressivement. Dans le second cas, on gradue la pression en élevant plus ou moins l'entonnoir. Parfois le liquide ne passe plus, ce que l'on voit directement avec l'entonnoir, ou au mouvement de l'Eguisier [1]; c'est que la sonde est obstruée par le liquide alimentaire. Le mieux est alors d'augmenter un peu la pression pour chasser l'obstacle, et, en cas d'insuccès, de retirer la sonde pour la réintroduire, après l'avoir nettoyée.

Il est arrivé que des opérateurs se servant de sondes dures ont perforé le pharynx ou l'œsophage. Aussi est-il préférable de se servir de sondes molles.

1. On en fait avec des indicateurs en verre.

Si le malade vomit pendant le cathétérisme, il faut retirer la sonde, car des aliments ont pu pénétrer dans ces circonstances dans le larynx et causer la mort. On doit aussitôt asseoir le malade s'il n'est pas couché.

La nourriture qui servira à cette alimentation artificielle sera nécessairement liquide, de façon à pouvoir passer par la sonde. On emploie surtout du lait ou du bouillon mêlé soit avec des jaunes d'œufs, soit avec du tapioca, de la semoule, de la viande en poudre, du suc de viande pilée, de la purée de légumes avec du sel, de l'extrait de malt, etc. On peut y ajouter un peu de peptone pour faciliter la digestion ou bien du naphtol pour désinfecter l'intestin, ou tout autre médicament que le malade doit absorber. La quantité de liquide alimentaire ainsi introduite sera, dans une séance, d'un litre au plus, par exemple un litre de lait, deux œufs crus et 100 grammes de jus de viande. On répétera l'opération deux ou trois fois jour, selon les indications.

Il faut bien se garder, en retirant la sonde, de laisser pénétrer dans les voies respiratoires un peu de liquide alimentaire; pour cela on commence par comprimer l'extrémité libre de la sonde entre le pouce et l'index, et c'est après seulement qu'on retire l'instrument à l'aide d'une traction douce et progressive.

En procédant avec toutes ces précautions, le cathétérisme œsophagien pourra être pratiqué sans

le moindre danger, et cela pendant longtemps. Il y a des cas où la sitiophobie dure des mois et des années et où la méthode indiquée rend des services considérables, attendu que, grâce à elle, les malades ne maigrissent point et même augmentent sensiblement de poids. Il arrive que les malades s'habituent à la sonde; aussi est-il bon de les pousser de temps à autre à manger. Disons enfin que l'on doit procéder à l'alimentation artificielle après dix-huit heures d'abstinence.

Cette méthode est infiniment supérieure à celle qui préconise l'emploi des lavements nutritifs. On comprend facilement que ces derniers seront insuffisants pour peu que la sitiophobie dure un certain temps. Aussi l'alimentation par la sonde œsophagienne, introduite par les narines, reste-t-elle le procédé de choix chez les mélancoliques refusant systématiquement toute nourriture.

Le traitement de la mélancolie soulève une question préjudicielle. Dans quelle mesure l'intervention thérapeutique est-elle efficace dans cette affection? Il ne faut pas oublier qu'à côté de la crise actuelle, dont le malade peut sortir plus ou moins victorieusement, il y a le germe de la prédisposition héréditaire ou acquise que l'individu porte en lui et qui d'un moment à l'autre peut le faire retomber dans un nouvel accès de lypémanie. M. Luys [1] a particu-

1. J. Luys, *Le traitement de la folie*, 1893, p. 283 et suiv.

lièrement insisté sur ce point. Un mélancolique peut guérir et être rendu à sa famille alors, et il reprend ses occupations et sa vie normale. Mais doit-on le considérer comme complètement débarrassé et prémuni des retours offensifs de la lypémanie? Certainement non dans la grande majorité des cas; un mélancolique conserve pendant toute son existence le souvenir du mal qui l'a frappé. Nous pouvons dire avec l'auteur que nous venons de citer que la maladie est toujours latente chez lui; et, sous l'influence d'une cause occasionnelle, il est capable de retomber de nouveau. On voit donc qu'il est souvent dificile de se prononcer sur les résultats éloignés du traitement, et que pour cela il faut pouvoir suivre le malade pendant de longues années, être au courant de sa manière de vivre en dehors de l'asile et de la résistance qu'il manifeste dans sa lutte pour la vie. M. Luys [1] a vu des mélancoliques sortir en apparence guéris de la période de dépression qu'ils venaient de traverser. Il les a revus « à plusieurs reprises, à deux et trois ans de distance, retomber, se relever pour retomber plus tard, et finalement s'acheminer avec force bizarreries de caractère, avec accompagnement d'extravagances, vers un état de passivité de caractère, la première étape de la démence ». Des faits de ce genre s'observent en en effet souvent chez les héréditaires

1. J. Luys, ouvr. cité, p. 283.

dégénérés; et toutes les réflexions que nous venons de faire au sujet du traitement de la mélancolie montrent combien il faut être réservé quand on se prononce sur l'avenir du lypémaniaque même apparemment guéri.

TABLE DES AUTEURS

K

L

M

N

O

P

TABLE DES MATIÈRES

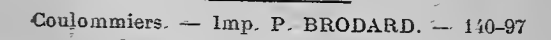
CHAPITRE IV.

CHAPITRE V

CHAPITRE VI

CHAPITRE VII

CHAPITRE VIII



Coulommiers. — Imp. P. BRODARD. — 140-97